



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN**
Vienna University of Technology

DIPLOMARBEIT

ARCHITEKTUR UND DEMENZ

Abriss über die räumlichen Anforderungen an Demenz erkrankter
Menschen in Hinsicht auf physische, psychische sowie
genderspezifische Bedürfnisse zur Schaffung einer therapeutisch
beruhigenden Umgebung

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades
einer Diplom-Ingenieurin unter der Leitung von

Ao.Univ.Prof. Dipl.-Ing. Dr.phil Andrea Rieger-Jandl

Institut für Kunstgeschichte, Bauforschung und Denkmalpflege
e251-1 Fachgebiet Baugeschichte und Bauforschung

eingereicht an der Technischen Universität Wien
Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

SCHUÖCKER TAMARA

0225975
Hinterholz 13
3062 Kirchstetten



DANKSAGUNG

AN DIESER STELLE MÖCHTE ICH MICH BEI ALLEN, WELCHE MIR REDE UND ANTWORT GESTANDEN SIND, RECHT HERZLICH BEDANKEN.

MEIN DANK GILT AUCH HR. VAHDANI, WELCHER MIR EINEN EINBLICK IN DIE DEMENZ-WGs IM 21. WR. BEZIRK ERMÖGLICHT HAT UND MIT SEINER FACHLICHEN UNTERSTÜTZUNG WESENTLICH ZUM GELINGEN DIESER DIPLOMARBEIT BEIGETRAGEN HAT.

WEITERHIN DANKE ICH MEINER BETREUERIN FR. PROF. RIEGER-JANDL, WELCHE MIR UND DIESEM THEMA STETS FREUNDLICHE HILFSBEREITSCHAFT ENTGEGEN GEBRACHT HAT.

MEIN BESONDERER DANK GILT MEINER FAMILIE, WELCHE MIR DAS STUDIUM ERMÖGLICHT UND MICH STETS DABEI UNTERSTÜTZT HAT.

SCHLUSSENDLICH AUCH EIN GROßES DANKESCHÖN AN MEINEN ZUKÜNFTIGEN MANN, WELCHER MICH IMMER WIEDER ERMUTIGT HAT NICHT AUFZUGEBEN.

GEWIDMET:

GRETE SCHUÖCKER UND ERICH JIRA

INHALTSVERZEICHNIS

1.	ZUSAMMENFASSUNG / ABSTRACT	6
2.	PERSÖNLICHES VORWORT	7
3.	EINFÜHRUNG – DEMOGRAPHISCHER WANDEL.....	9
3.1.1.	<i>FAMILIÄRER WANDEL.</i>	9
3.1.2.	<i>VERÄNDERUNG DER FRAUENROLLE</i>	10
3.1.3.	<i>KOSTEN UND LEBENSSTANDARD.</i>	10
3.1.4.	<i>GESELLSCHAFTLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE STRUKTUREN.</i>	10
3.1.5.	<i>PÄDAGOGISCHE ANSPRÜCHE.</i>	10
3.1.6.	<i>WIRTSCHAFTLICHKEIT DER FAMILIENPLANUNG</i>	10
4.	WAS BEDEUTET ‚DEMENTZ‘?	12
5.	GESCHICHTE EINER PFLEGERIN	15
6.	VOM SIECHENHAUS ZUM DEMENZDORF.....	16
7.	ÖSTERREICH UND DEMENZ	20
8.	BESUCH EINER DEMENZ-WG	26
9.	ARCHITEKTONISCHES VERSTÄNDNIS – FOLGEN DER KRANKHEIT.....	30
9.1	<i>SICHERHEIT</i>	32
9.1.1	<i>BODENBELÄGE</i>	34
9.1.2	<i>STURZSICHERUNGEN</i>	34
9.1.3	<i>BELEUCHTUNG</i>	34
9.1.4	<i>ALARMEINRICHTUNGEN</i>	35
9.1.5	<i>PFLANZEN UND TIERE</i>	35
9.1.6	<i>BETREUUNG</i>	36
9.2	<i>ORIENTIERUNG</i>	36
9.3	<i>BARRIEREFREIHEIT</i>	38
10.	PSYCHOLOGISCHE ERFORDERNISSE	39
10.1	<i>KLANG- UND LICHTTHERAPIE</i>	39
10.2	<i>VERTRAUTHEIT</i>	41
10.3	<i>FREIHEIT</i>	43
11.	BETREUUNGSFORMEN.....	44
11.1	<i>TAGESZENTRUM</i>	45
11.2	<i>WOHN- UND PFLEGEHEIM</i>	45
11.3	<i>DEMENTZ-WGs</i>	47

11.4	SENIORENRESIDENZ.....	47
11.5	BETREUTES WOHNEN	47
12.	ARCHITEKTONISCHER ENTWURF	48
12.1	DIE WOHNGRUPPE.....	51
12.2	DER GARTEN	54
12.3	ALLGEMEINE RÄUME	55
12.4	EINDRÜCKE.....	56
12.4.1	DE HOGEWYK.....	56
12.4.2	DEMENTZ-WGS DER CARITAS SOCIALIS	58
12.4.3	SKIZZEN	62
13.	GENDER	64
13.1	EINFÜHRUNG.....	64
13.2	GENDER UND DAS THEMA DEMENZ	68
14.	DEMENTZ UND DIE MODERNE TECHNIK.....	70
15.	TENDENZEN.....	71
16.	SCHLUSSWORT	73
17.	LITERATURVERZEICHNIS	75
18.	INTERNETVERZEICHNIS.....	76
19.	INTERVIEWS.....	78
20.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	79

1. ZUSAMMENFASSUNG / ABSTRACT

Diese Arbeit befasst sich mit der gerechten architektonischen Umsetzung demenzspezifischer Ansprüche und sämtlicher damit verbundenen Vor- und Nachteile, welche anhand bestehender Modelle aufgezeigt, durchleuchtet und hinterfragt werden. Als Vorlage dienen dabei vorwiegend das niederländische Demenzdorf De Hogeweyk sowie Einrichtungen der Caritas Socialis in Wien. Primäres Ziel dieses Beitrags ist die Erarbeitung einer demenzgerechten Architektursprache, wobei jedoch auf die generelle Bedeutsamkeit von Altersversorgung in besonderer Hinsicht des bevorstehenden demographischen Wandels hingewiesen werden soll. Aufgrund der in den kommenden Jahren stattfindenden Zunahme der älteren Bevölkerungsschicht sowie einer Mehrung der Krankheit Demenz, stellen zeitgemäße Institutionen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen auch in der Architektur ein essentielles Thema dar, mit welchem es sich zu befassen gilt. Die architektonische Gestaltung bildet dabei einen wesentlichen Beitrag zur Schaffung von qualitativ hochwertigem Lebensraum, bei dem die wichtigsten Faktoren der Demenzbetreuung, die Autonomie sowie Individualität des Menschen, unterstützt werden. Des Weiteren führt eine demenzgerechte Architektursprache nachweislich zur Reduktion von Medikationen sowie auffälligem Verhalten, wodurch demenzerkrankte Menschen diesen letzten Abschnitt ihres Lebens erheblich geborgener und vor allem respektvoller erleben können.

This thesis studies the suitable architectural implementation of dementia-specific requirements and the associated pros and cons, which are illustrated, analyzed, and questioned on the basis of existing models. De Hogeweyk in The Netherlands and Caritas Socialis in Vienna both serve as model facilities customized around the needs of dementia patients. While the primary objective of this thesis is to develop a dementia-friendly architectural language, the general importance of retirement benefits cannot be ignored in light of the impending demographic shift predicted to occur over the next generation. Due to the growing elderly population, along with the associated rise in dementia cases in the coming years, relevant institutions need not only take into consideration medical needs but also architectural ones. The architectural environment provides a fundamental basis for the creation of a high-quality living space, of which the most important factors are the autonomy and individuality of the person. Furthermore, a dementia-specific architectural language also leads to a proven reduced need for medication as well as disorder-associated symptoms. Through this improved quality of life, dementia patients are awarded a more respectful and fulfilling life.

2. PERSÖNLICHES VORWORT

Die Motivation zu dieser Arbeit entstand aus der Mitarbeit bei einem Wettbewerb. Entwurfsziel war die Schaffung einer Pflegeeinrichtung mit besonderer Berücksichtigung von Demenzerkrankten. Wie bei jedem anderen Entwurf auch, befassten sich meine Kollegen und ich zuerst mit der Analyse des Themas, wodurch ich einen detaillierten Einblick in das Thema Demenz und vor allem der exakten Definition dieses Symptoms erhielt. Die Wörter Alzheimer, altersbedingter



Abb. 2

Gedächtnisverlust, Altenbetreuung und so weiter waren mir selbstverständlich

bekannt, doch jener Entwurf eröffnete mir einen ganz neuen Einblick. Und zum ersten Mal fing ich an bewusst über das Älterwerden und die Folgen nachzudenken.

Architektur schafft vor allem Lebensräume – egal ob in Form von Alltagseinrichtungen oder Wohnhäusern und einer der wichtigsten Aspekte neben Funktionalität ist hierbei das Wohlbefinden. „Ein Ort ist ein Raum, der durch Beziehung Bedeutung erlangt“.¹

Jährlich erfolgen seitens der Magistrate und Gemeinden Ergänzungen der Bauordnung und der OIB-Richtlinien zur Verbesserung der Umsetzung menschlicher Bedürfnisse zu Hause sowie am Arbeitsplatz. Neben zahlreichen Sicherheitsvorkehrungen, Bestimmungen zur Belichtung sowie notwendiger Raumhöhen wurde in den letzten Jahren vor allem auch auf behindertengerechtes Planen ein Augenmerk gelegt. Ich persönlich finde all diese Aspekte äußerst wichtig, da sie zu unserer Lebensqualität einen wesentlichen Beitrag leisten, auch wenn diese Grundsätze manchmal das freie Entwerfen erschweren können. Jedoch fehlen mir in all diesen Gesetzestexten eindeutige Richtlinien für das Planen bezogen auf ältere Personen und vor allem die damit verbundenen menschlichen Aspekte.

Im Zuge meiner Recherche bin ich neben wissenschaftlichen Studien auch auf persönliche Erfahrungen und Geschehnisse gestoßen. Befasst man sich einschlägig mit dem Thema Demenz, trägt das Lesen solcher Lebensgeschichten unerlässlich zum Nachdenken bei, da die Frage aufgeworfen wird, ob solche Erlebnisse einen selbst treffen könnten. Und gerade diese Hinterfragungen haben einen wichtigen persönlichen Teil zu dieser Diplomarbeit beigetragen, denn neben den wissenschaftlichen Aspekten sind mir die menschlichen Blickwinkel beim Thema *Demenzarchitektur* äußerst wichtig.

Des Weiteren offenbarte sich mir das Desinteresse seitens Politik und Ökonomie. Altersversorgung ist ein essentielles Thema, welches jeden Menschen betrifft und aus diesem Grund diskutiert und entsprechend gegenwärtigem Wissen adaptiert werden sollte.

¹ http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_vortrag_2009_1.pdf.pdf
Zugriff: 21.03.2013 18:20

Diese Arbeit soll keinesfalls darauf zielen die Welt zu verändern, denn eine einzige Person, wie ich sie bin, ist hierzu nicht im Stande. Auch werden weiterhin (leider) Pflegeheime entstehen, welche nach alten Modellen funktionieren, bei denen die restliche Lebensführung eines Demenzkranken nicht weiter berücksichtigt wird. Dieses Werk soll dem Leser einzig als Denkanstoß dienen, das Bewusstsein zum Thema öffnen und eventuell dessen Meinung das Alter betreffend in eine andere Richtung lenken.

Architektur für Demenzkranke war für mich eine Herausforderung, welche mein Interesse während der Bewältigung dieser Aufgabe stetig wachsen ließ und meine Denkweise stark beeinflusst hat, denn es kann nicht nur jeder an Demenz erkranken, es kann auch jeder als Angehöriger davon betroffen sein und beide Bereiche stellen eine enorme seelische Belastung dar. Umso wichtiger empfinde ich die Schaffung einer Architektursprache, die die menschlichen Notwendigkeiten als oberste Prämisse sieht und diese demzufolge in die benötigten Pflegeeinrichtungen einfließen lässt.

Ich möchte auf diesem Wege anmerken, dass durch das Weglassen der Endung Innen zur Bestimmung der weiblichen Wortformen innerhalb dieser Arbeit keinesfalls eine Diskriminierung Frauen gegenüber dargestellt werden soll. Es handelt sich hierbei einzig um eine Anpassung an meinen persönlichen Sprachfluss, in welchem ich diese Endungen nicht verwende. Sämtliche Bezeichnungen werden von mir als neutral gewertet und bezeichnen Männer und Frauen gleichermaßen. Des Weiteren sollen Begriffe, welche sich auf das Alter beziehen, wie zum Beispiel ‚alte‘ oder auch die historische Bezeichnung „Sieche“², keineswegs ausgrenzend oder abwertend erachtet werden. Zusätzlich habe ich größtmöglich auf die Verwendung des Wortes ‚Patient‘ in Verbindung mit Demenzkranken verzichtet und diese eher als Bewohner bezeichnet. Ich finde, Demenz ist zwar medizinisch betrachtet eine Krankheit, doch kann sie nicht ähnlich einer Grippe mittels Medikamenten gelindert werden, weshalb eine demente Erkrankung eher als neuer Lebensumstand gehandhabt werden sollte. Sollte sich dennoch jemand diskriminiert, benachteiligt oder beschämt fühlen, so war dies nie meine Intention.

² Irmak, 1998, S. 438

3. EINFÜHRUNG – DEMOGRAPHISCHER WANDEL

Menschen werden nicht jünger. Ganz im Gegenteil: dank der heutigen Qualität von Hygiene und medizinischer Versorgung beträgt die menschliche Lebenserwartung in Österreich durchschnittlich 80 Jahre. Zum Vergleich wurde der durchschnittliche Römer 20 bis 25 Jahre alt und auch im Mittelalter stieg das Höchstalter nur um 10 Jahre auf maximal 35 Jahre. Erst mit der Industrialisierung erhöhte sich die Lebenserwartung auf 50 Jahre und seitdem wächst diese kontinuierlich weiter.³ Wie in der unteren Tabelle ersichtlich waren laut Statistik Austria 2010 23,4% der Bevölkerung über 60 Jahre alt, während für 2075 36% prognostiziert werden. In Zahlen gesprochen bedeutet dies eine Zunahme von 786.898 Personen nur in Österreich.

	insgesamt	0 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 60 Jahre		60 und mehr Jahre		Durchschnittsalter in Jahren
		absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
2005	8,131.354	1,298.421	16,0	5,032.604	61,9	1,800.329	22,1	40,6
2010	8,255.368	1,214.576	14,7	5,112.440	61,9	1,928.352	23,4	41,7
2015	8,347.927	1,174.297	14,1	5,120.675	61,3	2,052.955	24,6	42,7
2020	8,400.920	1,156.808	13,8	5,002.745	59,5	2,241.367	26,7	43,7
2025	8,425.533	1,140.076	13,5	4,799.706	57,0	2,485.751	29,5	44,6
2030	8,420.812	1,111.997	13,2	4,609.085	54,7	2,699.730	32,1	45,6
2035	8,385.998	1,073.835	12,8	4,501.664	53,7	2,810.499	33,5	46,4
2040	8,329.468	1,037.509	12,5	4,431.956	53,2	2,860.003	34,3	47,2
2045	8,254.699	1,011.566	12,3	4,329.450	52,4	2,913.683	35,3	47,8
2050	8,162.695	995.590	12,2	4,226.886	51,8	2,940.219	36,0	48,2
2055	8,044.985	983.417	12,2	4,121.424	51,2	2,940.144	36,5	48,4
2060	7,907.122	969.716	12,3	4,048.188	51,2	2,889.218	36,5	48,4
2065	7,772.562	953.585	12,3	3,994.378	51,4	2,824.599	36,3	48,3
2070	7,651.316	937.557	12,3	3,947.419	51,6	2,766.340	36,2	48,3
2075	7,539.932	924.512	12,3	3,900.170	51,7	2,715.250	36,0	48,2

Abb. 3 ... Bevölkerungsprognose 2003

Hinzu kommt eine stetige Abnahme der Geburtenrate. Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts halbierte sich die Anzahl der Kinder pro Frau von vier auf zwei und bereits in den 30er Jahren war diese auf 1,5 reduziert worden. Ursachen dafür finden sich in zahlreichen Gründen, welche verschieden stark zusammenwirken:⁴

3.1.1. FAMILIÄRER WANDEL:

Abnahme des Bedarfs an Kindern als Arbeitskräfte für Familienwirtschaften sowie als Altersversorgung. Staatliche Einrichtungen und die damit verbundenen sozialen Sicherungen minimierten die ökonomische Bedeutung von Kindern.

³ Summer, 2008, S. 12

⁴ Schipfer, 2005, S. 13f

3.1.2. VERÄNDERUNG DER FRAUENROLLE:

Durch den Wandel der Hausfrau zur Erwerbstätigkeit verzögerte sich der Kinderwunsch bis höchstens eines geboren oder gar gänzlich darauf verzichtet wurde.

3.1.3. KOSTEN UND LEBENSSTANDARD:

Neben den hohen Kosten für Erziehung und Betreuung schränken Kinder auch die persönliche Freiheit ein.

3.1.4. GESELLSCHAFTLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE STRUKTUREN:

Bedürfnisse erwerbstätiger Erwachsener – oftmals bevorzugt derer ohne Kinderwunsch – erhalten mehr Unterstützung.

3.1.5. PÄDAGOGISCHE ANSPRÜCHE:

Durch die didaktische Gesellschaft werden erhöhte Ambitionen von den Eltern verlangt, welche durch eine Minimierung der Kinderzahl eher erfüllt werden können.

3.1.6. WIRTSCHAFTLICHKEIT DER FAMILIENPLANUNG:

Durch Aufklärung sowie Verhütung wird die Realisierung des Kinderwunsches planbarer. Die Realisierung bildet eine rationale Entscheidung, die oftmals auch mit wirtschaftlichen Perspektiven zusammen hängt.

Einen kurzen Aufschwung der Geburtenzahl boten die 60er Jahre in denen dank der „Baby-Boom-Phase“⁵ die Fertilitätsrate kurzfristig auf zwei Kinder pro Frau stieg. Dieser Trend entwickelte sich jedoch zu einer Mehrung der älteren Generation. „Einem steigendem Anteil älterer Menschen steht ein sinkender Anteil jüngerer Menschen gegenüber ... Die sozialen Netzwerke der Mehrgenerationenfamilien verlieren somit zunehmend ihre Tragfähigkeit. Kleiner werdende Familien und kinderlose Lebensformen führen dazu, dass der Unterstützung und Förderung außerfamiliärer Netzwerke ein größerer Stellenwert einzuräumen sein wird, denn die Zahl älterer Menschen ohne Kinder bzw. Enkel wird steigen. Zudem ist durch die Zunahme von Hochbetagten und die Zahl der Pflegefälle im Zusammenhang mit der steigenden Frauenerwerbstätigkeit von einem Rückgang des innerfamiliären Pflegepotentials auszugehen, wodurch die Inanspruchnahme stationärer Pflege steigen wird.“⁶

Als Resultat werden vermehrt Einrichtungen zur Pflege und Betreuung notwendig. Zwar befasst sich die Stadtplanung bereits mit diesem Bedürfnis, offen bleibt hierbei jedoch die Frage nach der Ausführung solcher Pflegeinstitutionen, welche sich meist nach mittlerweile veralteten Modellen richten, in denen ein selbstständiges und respektvolles Leben nach heutiger Auffassung kaum möglich ist.

Zuzüglich dieser Fakten ist laut dem Bundesministerium für Gesundheit die Krankheit Demenz, hierbei vor allem seine schwerwiegendste Form Alzheimer, aufgrund dieses demographischen

⁵ Schipfer, 2005, S. 4

⁶ Schipfer, 2005, S. 14

Wandels auf dem Vormarsch. „Im Jahr 2009 waren in Österreich insgesamt 90.500 Personen über 60 von Demenz betroffen. Aktuellen Hochrechnungen zufolge wird sich bis zum Jahr 2050 die Anzahl ungefähr verdreifachen.“⁷

Umso wichtiger sind neben gut geschultem Personal vor allem auch die Schaffung humanitärer und demenzspezifischer Lebensräume, welche ganz auf die Vorlieben und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet sind. Glücklicherweise gibt es bereits eine Vielzahl an Modellen von Architekten und Wissenschaftlern, welche sich hiergehend mit dem Thema Demenzarchitektur auseinandersetzen und eine zukunftsorientierte Bewältigung der statistisch ansteigenden Erkrankungen darstellen. Wesentliche Beispiele bilden hierbei die niederländischen Demenzdörfer sowie Demenz-WGs der Wiener Caritas Socialis. Durch oftmals festgefahrene Meinungen über Aufbau und Ablauf bei Pflegeeinrichtungen sowie deren Finanzierung fehlt seitens des Staats jedoch häufig das Engagement gegenüber neuerer Entwürfe. Bisherige preiswerte Modelle werden ohne jegliche Hinterfragung als ökonomisch gesehen, Menschen medikamentös ruhig gestellt und demzufolge nicht selten als Pflegefall gekennzeichnet. Physische Ansprüche werden erfüllt, doch die sozialen und psychischen Bedürfnisse werden ignoriert. Dabei sollte niemals außer Acht gelassen werden, dass, unabhängig von Lebensstandard, Geschlecht oder Ernährung, Demenz jeden treffen kann und jeder sollte sich diesbezüglich die Frage stellen: ‚Wie möchte ich diesen Rest meines Lebens verbringen?‘

Diese Diplomarbeit soll sich mit der architektonischen Anordnung der Bedürfnisse Demenzkranker auseinandersetzen. Physische sowie psychische Anforderungen, welche bereits wissenschaftlich bewiesen sind, sollen in ihrer architektonischen Form von Raumanordnung, Licht, Farbe und Mobiliar bis hin zu den menschlichen Aspekten anhand bestehender Modelle diskutiert werden. Als Grundlage dieses Dialogs dienen bestehende Einrichtungen nach niederländischem Vorbild sowie derzeit in Österreich existierende ökonomisch wertvolle Institutionen. Die gerechte Umsetzung dieser demenzspezifischen Ansprüche und sämtliche damit verbundenen Vor- und Nachteile sollen, unterstützt durch persönliche Gespräche mit Mitarbeitern des Pflegepersonals sowie Angehörige demenzerkrankter Menschen, durchleuchtet und hinterfragt werden.

Ziel ist es, die Ansicht der typischen Pflegeanstalt, in welcher Patienten mehr wie Insassen ihre letzten Jahre dahin vegetieren, gegen einen Lebensraum mit Qualität und der Möglichkeit nach Selbstständigkeit zu verändern. Demenz ist eine unheilbare Krankheit. Betroffene sollten diesen letzten Abschnitt ihres Lebens respektvoll und geborgen erleben können, ohne jemals das Gefühl der Eigenständigkeit zu verlieren.



Abb. 4

⁷ http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Nichtuebertragbare_Krankheiten/Demenz
Zugriff:18.10.2013 15:32

4. WAS BEDEUTET ‚DEMENTZ‘?

Der Begriff Demenz leitet sich aus den zwei lateinischen Wörtern *Mens* ‚der Verstand‘ und *de* ‚abnehmend‘ ab und spiegelt laut medizinischer Sicht ein Syndrom wieder, welches eine neurodegenerative Krankheit des Gehirns zur Folge hat, bei der es zum Verlust von Nervenzellen kommt.⁸ Die Ursachen der Erkrankung sind vielförmig, oft ist ein kleiner Hirninfarkt bereits ausreichend. Die häufigste Form der Demenz ist der sogenannte Morbus Alzheimer, welcher etwa 50% aller Erkrankten betrifft. Sie ist zugleich die schwerste Art, da vorwiegend wichtige Hirnregionen, wie Sprache, Gedächtnis, Handeln und räumliches Denken, betroffen sind. Sie wurde 1906 erstmals von Alois Alzheimer beschrieben und bis heute sind der Auslöser sowie eine mögliche Heilung unbekannt.⁹ Fakt ist, dass Betroffene immer mehr in die Vergangenheit zurück rutschen, da das Gehirn durch den Verlust der Nervenzellen auf die ersten 20 Lebensjahre zurück greift, welche in der menschlichen Entwicklung die prägendsten und daher gefestigtsten sind.¹⁰

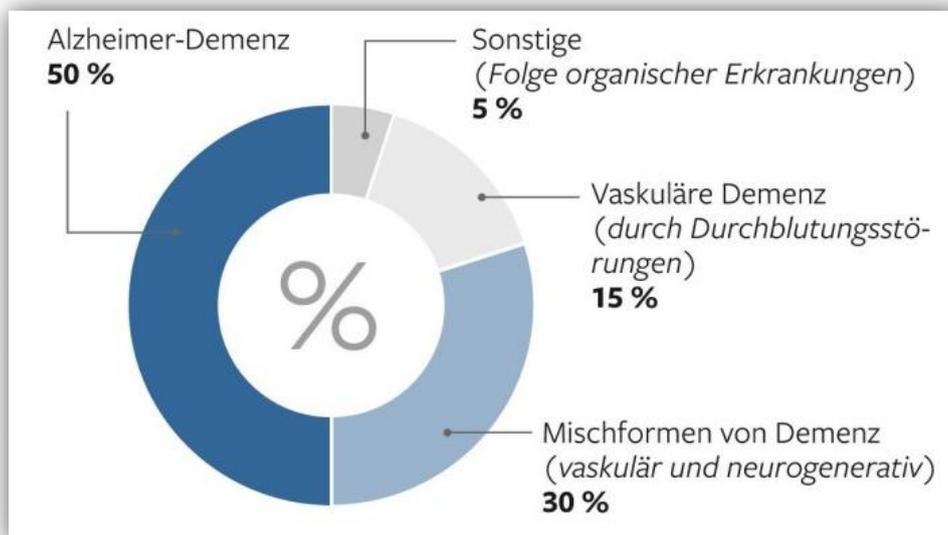


Abb. 5 ... Alzheimer ist die häufigste Form von Demenz

Demenz stellt kein einheitliches Krankheitsbild auf. Während des Verlaufs kommt es zu individuellen Wesensänderungen und einer Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, bis hin zu einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit der Patienten. Meist werden Betroffene anfangs familiär gepflegt, zeitweise in Tagesstätten untergebracht. Doch mit fortschreitender Erkrankung und der folgenden Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit werden Angehörige schnell erschöpft und seelisch ausgelastet, wodurch eine Einweisung in ein Pflegeheim oft unumgänglich ist. Die langsame Zerstörung der Nervenzellen hat eine Veränderung des Selbsterlebens zur Folge, welche von den Erkrankten jedoch nicht bewusst wahrgenommen wird und häufig eine emotionale Unstabilität auslöst. Die daraus

⁸ <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/alzheimer.html>
Zugriff: 17.09.2014 12:50

⁹ <http://www.netdokter.at/krankheit/demenz-7534>
Zugriff: 17.09.2014 12:50

¹⁰ Flatz, 2004, S. 11ff

resultierende Unsicherheit führt meist zu einer Abschottung und Flucht vor der Gesellschaft in eine Isolation, welche vor allem durch aggressives und missmutiges Verhalten geprägt ist.¹¹ Gerade aus diesem Grund sollte in der Demenzarchitektur die Schaffung von Räumen der Geborgenheit und Individualität, welche eine einfache Lebensbewältigung von Demenz unterstützen, primäres Ziel sein.

Die zweithäufigste Form, die vaskuläre Demenz, ist im Gegensatz zur Alzheimererkrankung eine nicht degenerative Form, welche von Durchblutungsstörungen im Gehirn, beispielsweise durch Herzrhythmusstörungen oder verengte Blutgefäße, ausgelöst wird. Diese Art der Demenzerkrankung kann bereits im jungen Alter auftreten, jedoch ist das Risiko in höherem Alter an vaskulärer Demenz zu erkranken vor allem bei Schlaganfallpatienten sehr hoch, da durch den Sauerstoffmangel im Gehirn betroffene Gehirnzellen absterben. Die Symptome sind jedoch anfangs nicht gleich erkennbar. Oft beginnt diese schleichende Krankheit mit kleinerer Vergesslichkeit, welche im Gegensatz zu degenerativen Demenzformen von den Betroffenen meist bemerkt wird. Allerdings wird diese Veränderung mit der Zeit als alltäglich abgetan und der Krankheit daher keine weitere Bedeutung zugesprochen. Im weiteren Stadium werden Personen nicht mehr erkannt, Stimmungsschwankungen und Emotionsstörungen nehmen ebenfalls zu. Im Gegensatz zur Alzheimerdemenz zeigen Patienten der vaskulären Demenz meist zusätzlich körperliche Störungen. Zudem verändert sich die geistige Leistungsfähigkeit von Tag zu Tag und weist daher keine kontinuierliche Abnahme auf.¹²

In der Medizin wird zwischen leichter, mittel-schwerer und schwerer Demenz unterschieden, wobei sich bei letzterem eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit einstellt. Die Aufnahme Demenzkranker in spezielle Einrichtungen erfolgt vorwiegend mit leichter sowie mittel-schwerer Demenz, bei welcher die Menschen größtenteils selbstständig agieren können. Dennoch benötigen sie aufgrund von Einschränkungen der Gedächtnisleistung, Orientierung sowie Mobilität in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens, wie beim Ankleiden, Waschen oder Kochen, Unterstützung. Da Menschen mit Demenz angesichts der Abnahme ihrer Nervenzellen zunehmend einer Veränderung der Persönlichkeit ausgesetzt sind, entwickeln sich hinsichtlich dieser Verwirrung Ängste, Unsicherheiten und Depressionen. Können diese Gefühle nicht eingeschränkt oder minimiert werden, kommt es zu aggressivem Verhalten oder vollkommener innerlicher Isolierung. Beides wird meist nur mittels entsprechender Medikation behandelt. Wird einem dementen Menschen jedoch Raum zur Verwirklichung selbstständiger Tätigkeiten sowie Reduktion angestauter Unruhe geboten, werden nachweislich solche Unsicherheiten, Ängste und Depressionen gemindert und Aggressionen vorgebeugt. Folglich kann gesagt werden, dass die zukunftsorientierte Demenzpflege ein Herabsetzen notwendiger Medikationen durch Schaffung eines adäquaten und harmonischen Milieus zur Folge hat.

In allen Fällen von Demenzerkrankungen sind die Schäden des Gehirns irreversibel. Durch Medikamente können allerdings die Symptome gelindert und ein Fortschreiten der Krankheit verzögert werden. Dieselbe Wirkung kann jedoch auch mittels eines entsprechenden Umfelds ohne

¹¹ <http://www.innenwelt.at/alzheimer-demenz>
Zugriff: 16.05.2014 17:15

¹² <http://www.diakoniewerk.at/de/3674/>
Zugriff: 04.04.2014 16:41

körperliche Belastung durch chemische Erzeugnisse erzielt werden. Eine vollkommene Heilung von Demenz ist bis heute nicht erforscht.¹³

„Ich glaube aber nicht, dass die Demenz uns zufällig ereilt. Sie ist eine Krankheit unserer Zeit. Sie ist die Rückseite unserer Gesellschaft. Einer Gesellschaft der Beschleunigung, der Innovation und auch einer Gesellschaft des Vergessens.[...]Die Zahl der Menschen, die da nicht mehr mitkommt, wächst. Es gibt die Behauptung, dass sich die Menschen bei uns heute mehr vor Demenz als vor Krebs oder dem Tod fürchten. Die Demenz trifft uns sozusagen im Kern unserer Ängste und unseres Personseins. Die Existenz der Menschen mit Demenz fordert uns zu einer Umkehr auf.“¹⁴

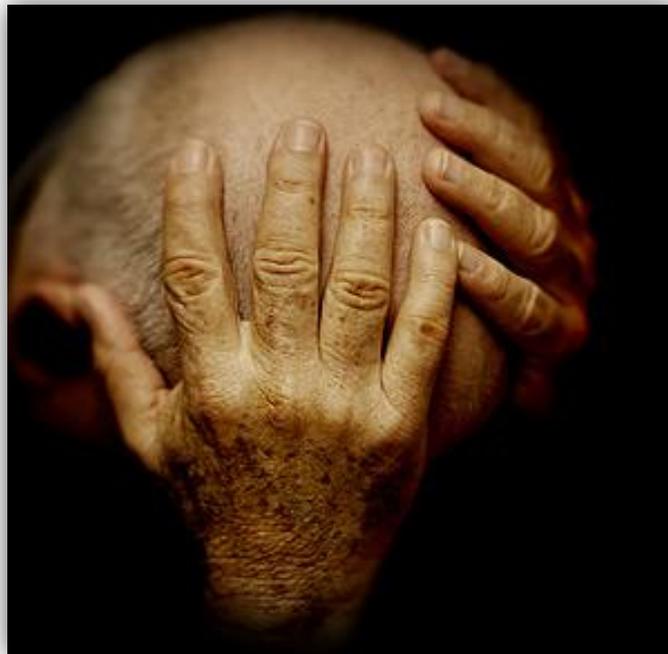


Abb. 6

¹³ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 12.06.2014

¹⁴ Gronemeyer, Reimer (2010), zit. in: <http://www.gerontopsychologie.at/demenz-alzheimer.php>
Zugriff: 31.03.2014 19:40

5. GESCHICHTE EINER PFLEGERIN

Während meiner Recherchen zu dieser Arbeit fand ich diese inspirierende Geschichte, welche ich hier gerne als Denkanstoß zum Thema Demenz zitieren möchte:

Carlas Lieblingsstück war von jeher die Mondscheinsonate gewesen. Sie spielte sie mit einer solchen Inbrunst, dass sie die Welt um sich herum vergaß. Dabei war sie eine mittelmäßige Pianistin, ihr fehlte das Talent und nur durch viel Fleiß hatte sie es geschafft, ihr Lieblingsstück fehlerfrei spielen zu können.

Die Kinder machten ihr oft die Freude und baten sie ans Klavier. ‚Mama, spiel doch einmal für uns!‘, baten sie. Dann war Carla glücklich. Ihre Augen strahlten wie früher, als sie noch jung war und sich an alles erinnern konnte.

Heute wusste sie an manchen Tagen nicht einmal mehr die Namen ihrer Kinder. Sie konnte nicht zwischen Morgen und Abend unterscheiden. Ganz schlimm wurde es, als Albert gestorben war. Ihr Mann war ihr letzter Halt und er hatte sie über Jahre liebevoll betreut.

Carla hat sich in sich selbst zurückgezogen, sie ist jetzt ein kleines Mädchen mit all den Eigenschaften, die kleine Mädchen haben. Sie zetert, wenn man sie nicht nach draußen gehen lässt und wenn sie im Garten ist, sucht sie ihre Schaukel und weint und weint, weil sie nicht zu finden ist. Längst ist der alte Kirschbaum abgeholzt, an dem die Schaukel einst hing. Die Töchter, Elisabeth und Anna, kümmern sich liebevoll um ihre Mutter. ‚Sie hat das für uns auch getan, wir können sie doch nicht in ein Heim geben‘, sagte Elisabeth, als ich sie letzte Woche besuchte. ‚An manchen Tagen ist sie ganz klar, dann wieder hat sie alles vergessen und wir kommen einfach nicht an sie ran. Am liebsten hat sie es, wenn man ihr Märchen erzählt. Dann ist sie ganz ruhig und lächelt vor sich hin.‘

Ich gehe einmal in der Woche zu Carla und erzähle ihr Märchen. Sie kennt mich nicht mehr, aber sie hört mir zu und sie fühlt sich wohl. Am besten gefällt ihr das Märchen vom Aschenputtel. Sie leidet und weint, wenn den bösen Schwestern die Ferse abgehackt wird, oder die Zehen. So eine Ungerechtigkeit kann sie nicht verstehen. ‚Mama, du musst kommen!‘, ruft sie dann, als könne ihre Mutter sie trösten. ‚Carla, deine Mama ist im Himmel, wie die Mutter vom Aschenputtel‘, antworte ich ihr jedes Mal und sie nickt, als erinnere sie sich daran. ‚Spielst du mir etwas auf dem Klavier vor?‘, bitte ich und helfe ihr beim Aufstehen. Sie setzt sich ans Klavier, überlegt einen Moment und dann legt sie die Finger auf die Tasten.

Die Mondscheinsonate erklingt, fehlerfrei und gefühlvoll vorgetragen. Es ist ein Phänomen, ich habe das jetzt viele Male miterlebt und kann es noch immer nicht fassen.¹⁵



Abb. 7

¹⁵ <http://geschichtensammlung.wordpress.com/tag/demenz/>
Zugriff: 31.03.2014 19:35

6. VOM SIECHENHAUS ZUM DEMENZDORF

Bis Ende des 19. Jahrhunderts war in den seinerzeit sogenannten „Siechenhäusern“¹⁶ – welche als Vorgänger der heutigen Altenpflegeheime angesehen werden können – eine patientenspezifische Pflege und Betreuung nicht bekannt. Dadurch wurden chronisch Kranke so wie Alte, welche bis 1960 allgemein als „Sieche“¹⁷ bezeichnet wurden, hinsichtlich ihrer benötigten Pflege gleichgestellt. Die



Abb. 8

räumliche Einteilung erfolgte vorwiegend moralisch und beschloss sich aus Herkunft, Geschlecht, Verhalten, religiösem Hintergrund oder aristokratischer Zugehörigkeit. Anschließend an die Nachkriegsjahre, in welchen die Heilanstalten aus Geldnot vor allem Soldaten, Müttern und Kindern die Aufmerksamkeit schenken, veränderte sich erst in den 50er und 60er Jahren die Auffassung gegenüber älteren Menschen und die Frage nach dem Befinden dieser in den vorhandenen Einrichtungen verstärkte sich allmählich. Eine sogenannte stationäre Altenhilfe etablierte sich schrittweise in den Krankenhäusern und brachte eine Entlastung der Psychiatrien, welche zumal an einer Auflistung der verschiedenen Altersbilder, mittels Forschung an Alzheimer und anderen Demenzformen, arbeitete. Klassenlose Geriatrie-Einrichtungen und Altenpflegeheime mit Beschäftigungstherapien sowie Rehabilitationsmaßnahmen fanden langsam Einzug.

In den 1990er Jahren wurden Alten- und Pflegeheime mit der neuen Herausforderung zur Unterbringung der ansteigenden Demenzpatienten konfrontiert. Zu diesem Zeitpunkt gab es keinerlei wissenschaftliche Studien bezüglich physischer und psychischer Notwendigkeiten Demenzerkrankter. Es stellte sich die Frage, ob Demenzeinrichtungen in bestehende Abteilungen integriert, an solche adaptiert oder gar als eigenständige Institution gebaut werden sollten.

„Erst 2004 erschien in den USA erstmals eine prospektive Studie über Demenzkranke, die randomisiert, also nach dem Zufallsprinzip aus Demenz- und herkömmlichen Abteilungen ausgelesen wurden.“¹⁸ Dabei wurden spezielle Demenzabteilungen mit gemischten Einrichtungen verglichen, während über einen längeren Zeitraum dreimal im Jahr mit Hilfe von Tests und Beobachtungsinstrumenten die geistige Leistungsfähigkeit, Alltagsbewältigung und das Verhalten der Patienten gemessen wurde. Das Resultat ergab, dass zwar die geistige Leistungsfähigkeit in beiden Fällen gleichförmig abnahm, jedoch in den gemischten Bereichen die ‚gesünderen‘ Patienten den Demenzpatienten zusätzlich negative Gefühle vermittelten, woraus stärkere Krankheitserscheinungen resultierten. Währenddessen konnte in den Spezialabteilungen ein stabiler

¹⁶ Irmak, 1998, S. 438

¹⁷ Irmak, 1998

¹⁸ Christoph Held, 2012, S. 24

Alltag durch das Gleichgewicht der Bewohner beobachtet werden, wodurch das Erfordernis von eigenständigen Pflegeheimen für Demenzkranke abgeleitet wurde.

Einen ersten und bahnbrechenden Versuch in diese Richtung starteten 2009 die Mitarbeiter eines seit 1972 bestehenden Pflegewohnheims in Weesp in den Niederlanden. Zusammen mit Molenaar & Bol & Van Dillen Architekten aus Vlucht entwickelten sie das Pflegeheim De Hogeweyk, welches sich als reines Demenzdorf mit einer Kombination aus Pflege und Phantasiewelt versuchte. „Hogewey knüpft an das an, was bleibt, trotz der Demenz.“¹⁹ Die Einwohner leben in übersichtlichen Gemeinschaften zu je 6 Personen in kleinen Häusern, welche wie ein Dorf angeordnet und zusammen mit Supermarkt, Cafe, Friseur und weiteren Alltagseinrichtungen eine von außen abgeschottete Gesamtheit in sich bilden. Das Interieur orientiert sich an den Lebenswelten der Holländer, wurde durch Meinungsforschung ausgewählt und ist vollkommen an die Bewohner und ihr Leben in der Vergangenheit angepasst. Mittels Fragebogen, welcher von den Verwandten der Erkrankten ausgefüllt wird, entscheidet sich, wer in welche Gruppe mit welchem Lebensstil passt. Auch hier gibt es, wie auch im ‚normalen‘ Leben eine Art Klassensystem, an welchem sich sowohl Grundrisse als auch die Gewichtung der Räume orientieren. Herrschaften der Oberschicht haben zuvor nicht mit einem Arbeiter an einem Tisch gegessen, deswegen tun sie es auch im Demenzdorf nicht. Dadurch wird auch die Harmonie innerhalb einer solchen Gruppe gewährleistet.²⁰ Eindrücke von De Hogeweyk folgen im Kapitel *12. Architektonischer Entwurf*.

Die Menschen in Hogeweyk können in ihrer eigenen Welt leben ohne Vorurteile und Zwänge, wodurch neben Eigenständigkeit vor allem die mentale Sicherheit gewährleistet wird. Das gesamte Dorf gleicht einer Theaterbühne auf der die Realität der Demenzpatienten nachgespielt wird. „Eine inszenierte heile Welt, in der die Vergangenheit konserviert wird – nicht zuletzt, damit die vergesslichen Betagten ihren freien Willen und ein Stück Freiheit behalten können.“²¹

Bis heute bildet das Dorf De Hogeweyk ein europäisches Grundmodell in der Demenzarchitektur und dient unter anderem als Vorbild für die geplanten Demenzeinrichtungen in der Schweiz im Kanton Bern sowie in Deutschland im rheinland-pfälzischen Städtchen Alzey. Aus Kostengründen bestehen abweichend von De Hogeweyk die verschiedenen Gruppen aus jeweils 12 Personen. Die Einstellungsstile orientieren sich an den vier Lebensstilen bäuerlich, städtisch, höhere Bildungsschicht und Arbeiterklasse. Die Anmeldungen zeigen bereits jetzt, dass eine stetige Nachfrage besteht – und dies nicht nur in der Schweiz und in Deutschland.

Selbstverständlich gibt es auch Kritik an dem Demenzdorf. Oftmals wird von einem ‚Disneyland für Gebrechliche‘ gesprochen, einer realitätsfremden Scheinwelt sowie einem Ghetto in welchem alte Menschen vor der restlichen Gesellschaft isoliert werden.²² Kritiker verweisen auf die Ermöglichung einer Lebensqualität trotz Demenz in der gewohnten Wohnumgebung: „...eine enge Einbindung der

¹⁹ <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/demenzdorf-hogeweyk-in-den-niederlanden-a-823426.html>
Zugriff: 31.10.2013 19:50

²⁰ http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/NW/Veronika_Zurmuehlen_De_Hogeweyk_Das_Demenzdorf_.pdf
Zugriff: 27.08.2014 11:30

²¹ Brand, 2012, S. 27ff

²² <http://www.zeit.de/2013/05/Demenzdorf-De-Hogeweyk-Alzey/seite-3>
Zugriff: 26.08.2014 14:00

Demenzkranken innerhalb ihres gewohnten Wohnquartiers mit nachbarschaftlicher Hilfe, einem barrierefreien öffentlichen Raum, einem Netz aus Beratung und Dienstleistungen.“²³ Diese Idee spiegelt durchwegs den humansten Leitgedanken dar und ist mit Sicherheit die zumeist ersehnte Idealvorstellung, jedoch müsste zu ihrer Ausführung in zahlreiche Bereiche eingegriffen und drastische Veränderungen vorgenommen werden. In einer schnelllebigen Zeit, wie wir sie heute vorfinden, fragt sich, wer Zeit und Geduld aufbringt, einem dementen Nachbarn zur Seite zu stehen. Zusätzlich treten gerade im städtischen Raum zahlreiche Sicherheitsrisiken auf. Da die gewohnte Umgebung meist Wohnungen in älteren Gebäuden, mehrfach aus der Nachkriegszeit, darstellt, besteht nur selten eine barrierefreie Wohnsituation. Selbst wenn ein nachträglich eingebauter Aufzug vorhanden ist, existieren vor Ort häufig lange verwirrende Gänge sowie stark befahrene Straßen direkt vor der Haustüre. In ländlichen Gegenden kann eine solche Einbindung mit nachbarschaftlicher Hilfe durchwegs funktionieren und mit geeigneter Pflege durch Heimhilfen eine Milderung der Lebensumstände eines Demenzkranken darstellen. Im urbanen Bereich konkurrieren die notwendigen Veränderungen einer derartigen Vorstellung mit der Wirtschaftlichkeit zur Durchführung, wodurch die Errichtung spezieller Einrichtungen notwendig wird.

Ende der siebziger Jahre entwickelten sich in Dänemark, abweichend von den bestehenden Alten- und Pflegeheimen, neue Wohnformen, welche zum Ziel hatten die Lebensqualität und Normalität älterer Menschen zu erhalten und zugleich Eigeninitiative sowie Selbstständigkeit zu fördern. Sonderprogramme ermöglichten die Adaptierung und Anpassung bestehender Wohnungen als auch im Zuge der Ausführung von Neubauten und dienten der Entstehung von Wohngemeinschaften. Charakteristisch dabei war, dass die Wohnungen durch Gemeinschaftsräume und -freiflächen untereinander verbunden wurden, so dass eine Einheit entstand.²⁴

In Österreich existieren vor allem in den größeren Gemeinden neben Pflegeheimen und Tageszentren auch spezielle Wohngemeinschaften für Demenzkranke. Erstere verschaffen Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz die Möglichkeit, sozialen Umgang in einem sicheren und behaglichen Umfeld zu erleben, ohne einen Auszug aus der gewohnten Umgebung zu fordern. Zur Vermeidung von Vereinsamung können diese per Krankentransport von zu Hause abgeholt und in eines der angrenzenden beziehungsweise für den Bezirk zuständigen Tageszentren gebracht werden, wo geschultes Personal unterstützend Aktivitäten und Therapien anbietet. Auch gibt es neben vielen überholten Pflegeheimen bereits modernere, welche sich unter anderem auf die Krankheit Demenz spezialisiert haben und neben geeigneten Einrichtungen auch demenzgerechte Betreuung anbieten. Mehr hierzu sowie eine detaillierte Analyse der genannten finden sich im Kapitel *11. Betreuungsformen* wieder. Eine Neuerung bilden sogenannte Demenz-Wohngemeinschaften, welche vor allem in Wien bestehen und in der Struktur ähnlich der dänischen sowie der niederländischen Demenzdörfer sind. Wesentlichen Unterschied bildet die Integration dieser Wohngruppen in ein gewöhnliches Wohngebäude und bildet folglich eine Mischung aus Demenzdorf und vertrauter Eingemeindung.

Strukturell gibt es nur wenige Unterschiede zwischen Demenzdörfern, dänischen und österreichischen Wohngemeinschaften. Die Abweichungen bestehen hauptsächlich in den

²³ <http://www.zeit.de/2013/05/Demenzdorf-De-Hogeweyk-Alzey/seite-3>
Zugriff: 02.06.2014 18:55

²⁴ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 82

Erhaltungskosten. In Dänemark werden seit der endgültigen Abschaffung traditioneller Pflegeeinrichtungen zwei Typen von Wohngemeinschaften „unterschieden: die „Flats for elderly in non-profit-housing“, die mit öffentlichen Darlehen bis zu 94% der Gesamtkosten gefördert werden und das „Housing for the elderly and disabled persons“ mit einer Fördergrenze von 85%.“²⁵ Neben diesen hohen Förderungen sind zusätzlich, nach Vorlage eines medizinischen Krankheitsbildes, sämtliche pflegerische und hauswirtschaftliche Verrichtungen kostenlos. Da Wohnbauförderungen sowie Bauordnungen länderspezifisch erfolgen, variieren diese entsprechend. In Wien beispielsweise werden seit der Novelle 2004 zur Neubauverordnung 2001 erhöhte Förderungen für altersgerechte sowie barrierefreie Sanierungen mittels eines Nutzflächenzuschlages gewährt. Bei Neubauten erfolgt dies durch Direktdarlehen des Landes und wird je nach Gesamtnutzfläche pro Quadratmeter der zu adaptierenden Wohnnutzfläche berechnet. Trotzdem sich zusammen mit einem Nutzflächenzuschlag von 75% diese Förderungen erhöht haben, sind sie mit den Leistungen beispielsweise der dänischen Altersversorgung nicht zu vergleichen.²⁶

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass in Österreich in den letzten Jahren zwar im architektonischen Sektor eine Entwicklung Richtung demenzgerechter Architektur erfolgte, jedoch die Realisierung der wenigen theoretischen Entwürfe auf Grund der fehlenden Kostenkontrollen und –pläne nur sehr schleppend abgewickelt werden. Bauträger haben zuweilen verstanden, dass eine bereits beim Entwurf beginnende barriere- und altersfreie Ausführung beziehungsweise Planung einer möglichen späteren Umrüstung auf Grund der bereits bestehenden Förderungen durchwegs lukrativ sein kann. Folglich erleichtern diese Wohnungen nicht nur älteren Personen ihr Leben sondern auch Kindern oder Menschen mit Behinderung. Im Falle von Demenzkranken verzögern solche Qualitäten womöglich einen Umzug in eine Spezialeinrichtung.

Aufgrund des bevorstehenden demographischen Wandels, welcher zur Folge hat, dass Senioren künftig stärkste Zielgruppe am Wohnungsmarkt sein werden, sollte ein nächster Schritt die Eingliederung von Demenz-Wohngemeinschaften aber auch altersgerechten Wohnungen in solchen Neubauten sein. Doch trotz des schwerfälligen Wandels der Bauträger, wird Demenz auch fortwährend als Tabuthema gesehen und dementsprechend nur zu gerne in seiner Schublade zusammen mit den momentan existenten Einrichtungen gelassen. Es wird das Gefühl vermittelt, die Gesellschaft benötige gegenwärtig keine fortschrittlichen überteuerten Einrichtungen, doch der demographische Wandel bezeugt, dass das Gegenteil der Fall ist. Rasches Handeln durch Bund und Gemeinde zur Schaffung einer würdevollen Umgebung wird dringender benötigt, als der Bevölkerung vermittelt wird.

²⁵ Bundeministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 82

²⁶ Bundeministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 84

7. ÖSTERREICH UND DEMENZ

In Österreich gibt es bislang kein dem Demenzdorf in De Hogeweyk identes Modell. Das größte Problem stellt hierbei ein fehlender Demenzplan, wie ihn Italien oder Frankreich besitzt, dar. Die hohen Kosten solcher Einrichtungen, welche sich pro Person pro Tag auf etwa 160€ belaufen – das sind im Monat 4.800€ und im Jahr 58.400€ – sind von kaum einem Angehörigen privat tragbar. Mit zunehmender Pflegestufe erhöhen sich diese Kosten auf bis zu 230€ pro Tag.²⁷ Laut Welt-Alzheimer-Report von 2012 fühlen sich 75% der Betroffenen –

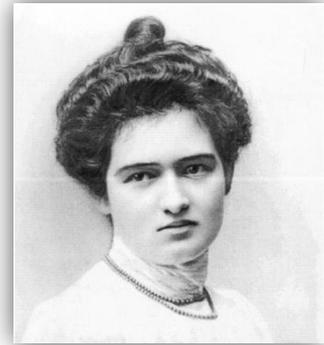


Abb. 9 ... Hildegard Burjan

Erkrankte und Angehörige – von der Gesellschaft ausgeschlossen und benachteiligt.²⁸ Der Politik ist zwar bewusst, dass Institutionen notwendig sind und sich die Problematik Demenz in den kommenden Jahren verschärfen wird, doch bei der Umsetzung herrscht in Österreich vor allem hinsichtlich der Finanzpolitik noch großer Mangel.

Eine der wenigen ökonomischen Institutionen in Österreich welche sich mit dem Thema Demenz auseinandersetzen, ist die Privatstiftung Caritas Socialis (CS), welche in Wien Wohngemeinschaften aber auch Integration in Tageszentren für demente Menschen anbietet.

Diese Privatstiftung wurde in Wien am 4. Oktober 1919 von Hildegard Burjan (siehe Abb.7) „als geistliche Schwesternschaft mit dem Auftrag, soziale Not zu lindern“²⁹ gegründet. Bis heute werden alte und chronisch kranke Menschen, Kinder und Mütter in drei Pflege- und Sozialzentren in Wien, sowie in weiteren Einrichtungen in Brasilien, Ungarn und Deutschland betreut. Die Betreuungsphilosophie umfasst dabei das Konzept der Mäeutik, welches von der niederländischen Pflegewissenschaftlerin und Krankenschwester Dr. Cora van der Kooij entwickelt wurde und bei der der Mensch und seine sozialen Beziehungen stets als Mittelpunkt gelten.

Der Begriff Mäeutik stammt aus dem Griechischen und wird nach Sokrates mit ‚Hebammenkunst‘ übersetzt. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass das Wechselspiel zwischen Betreuer und Bewohner ausschlaggebendes Prinzip der emotionalen und sozialen Bindung beider bildet und dem Bewohner somit das notwendige Vertrauen gewährt. Dieses



Abb. 10

Prinzip ermöglicht dem Krankenpfleger eine neue zentrale Rolle, wodurch eine Subjekt-Subjekt-Beziehung zwischen Pfleger und Patient entsteht. Dies bedeutet jedoch keine Gleichstellung, sondern

²⁷ Socialis, 2013

²⁸ <http://oe1.orf.at/artikel/319251>
Zugriff: 16.05.2014 13:30

²⁹ <http://www.cs.or.at/>
Zugriff: 02.06.2014 18:20

ermöglicht die persönliche Verarbeitung sämtlicher Ereignisse des Betreuers, wodurch wiederum ein praxisnahes Verständnis erreicht werden kann.³⁰

Die Caritas Socialis wird glücklicherweise fast zur Gänze durch Pflegegelder sowie geförderte Mittel der Stadt Wien finanziert, wodurch eine Betreuungsstelle in einem der Pflegeheime oder Demenzeinrichtungen hauptsächlich durch das begrenzte Platzangebot, erschwert wird. Im Gespräch mit Herrn Vahdani, Bereichsleiter der CS-Wohngemeinschaften, erzählter dieser, dass die Realisierung einer Demenzeinrichtung nach Vorbild des Demendorfes vor allem aus finanzieller aber auch behördlicher Sicht kaum möglich ist. Oft erschweren die rechtlichen Auflagen, beispielsweise in Form des Brandschutzes, sämtliche Durchführung einer familiären und behaglichen Atmosphäre. Bereits das Aufhängen von Bildern kann ein erhöhtes Brandrisiko bedeuten. Jedoch das größte Hindernis stellt stets die Finanzierung dar. Alleine nur die Kosten der Ausstattung eines etwa 20m langen Ganges mit spezieller Tag-Nacht-Beleuchtung, welche einem dementen Menschen die Zeiterfassung erleichtert, belaufen sich auf etwa 250.000€. Gerne würde er, wäre Geld kein Thema, Demenzerkrankten ein humanes und sensibilisierendes Umfeld nach wissenschaftlichem Stand bieten können.³¹

Aus diesem Grund heraus, versucht die CS bei jeder wissenschaftlichen Erhebung zu helfen und stellt sich oftmals für Pilotprojekte zur Verfügung. Gegenwärtig wird die bereits oben genannte Tag-Nacht-Beleuchtung zur medizinischen Erforschung im Pflegeheim im 3. Wiener Gemeindebezirk getestet. Studien in anderen Ländern, wie den Niederlanden oder auch Deutschland, haben die beruhigende Wirkung dieser räumlichen Belichtung bereits belegt. Es darf nicht vergessen werden, dass ein an Demenz erkrankter Mensch eine Uhr zwar als solche erkennt, jedoch keinen Bezug zur Uhrzeit hat. Zeit an sich hat im Leben eines Demenzerkrankten keinerlei Bedeutung mehr. Umso wichtiger ist es, mithilfe solcher dimmbaren Beleuchtungskörper sowohl die Zeit als auch die Witterungsverhältnisse zu vermitteln. Die Gänge in der Demenzstation in München-Pasing wurden im Zuge der Umgestaltung durch den Stuttgarter Innenarchitekten Rudolf Schrickler mit solchen Beleuchtungssystemen versehen und dadurch auch weitreichend verbessert. „Die Beleuchtungsanlage ist tageslichtabhängig - ist es draußen regnerisch und grau, wird das Innenlicht heruntergefahren, helle Witterung erhöht die Lux-Zahl. Licht vermittelt Dementen den Tagesablauf weit besser als ein Ziffernblatt. Morgens strahlt bläuliches Licht durchs Haus. Es macht die Bewohner wach und aktiv; neigt sich der Tag, wird der Rotanteil gesteigert, die Lux-Zahl verringert, so dass sie den Abend fühlen und müde werden.“³² Die Kritik einer Manipulation des Demenzkranken hierbei ist durchwegs gerechtfertigt, jedoch offenbart sie auch die Frage, ob diese Beeinflussung besser mittels Licht oder Medikation erreicht wird.

Zurückgreifend auf die Caritas Socialis und dem Versuch Veränderungen in der Demenzpflege zu erreichen, kann gesagt werden, dass schlussendlich alles auf den fehlenden Finanzierungsplan des Landes Österreich hinausläuft, welcher jedoch in Hinsicht des demographischen Wandels dringend benötigt wird.

³⁰ Kooij, 1997

³¹ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 12.06.2014

³² <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/demenzarchitektur-zeit-hat-hier-keine-bedeutung-mehr-11745678.html>
Zugriff: 21.03.2013 18:10

Bezogen auf die Stadt Wien besteht zwar Interesse gegenüber Einrichtungen wie De Hogeweyk, jedoch erschweren die vorhandenen Pflegeanstalten die Realisierung einer solchen Institution. Salopp gesagt, würde ein Demenzdorf, welches unter Umständen für Jedermann finanzierbar wäre, gegenwärtige Heime in den Schatten stellen, wodurch diese auf kurz oder lang schließen müssten. Zum jetzigen Zeitpunkt kann gehofft werden, dass das Interesse bestehen bleibt und dass, dank dem Engagement, wie beispielsweise der Caritas Socialis, auch in Österreich eine verbesserte und aufgeklärtere Einbindung von Demenzerkrankten vorstättengeht.

Dem Wunsch der Demenzdorf-Kritiker nach Integration eines an Demenz erkrankten Menschen in dem eigenen gewohnten Umfeld steht Herr Vahdani skeptisch gegenüber. Eine solche Umsetzung ist neben den Sicherheitsaspekten vor allem aus räumlicher Sicht eingeschränkt. Speziell im urbanen Bereich befinden sich vor den Wohnungen lange, häufig verwinkelte Gänge, welche einem Demenzkranken verwirren und somit aggressiv machen können. Die Gefahr des sich Verirrens durch Weglaufen stellt nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für das gesamte soziale Umfeld eine Gefahr dar und so hilfsbereit Nachbarn auch sein mögen, irgendwann stößt jeder an seine menschlichen Grenzen, wodurch professionelle Hilfe erst Recht benötigt würde.³³

Ein Mittelweg wurde durch die Caritas Socialis mit ihren sogenannten Demenz-Wohngemeinschaften geschaffen. Hierbei werden Wohngruppen, ähnlich der in den Demenzdörfern, in bestehende Wohnhäuser integriert. In Wien gibt es derzeit vier dieser Art, welche Platz für jeweils acht demente Personen sowie zwei stets anwesende Pfleger bieten. Die räumliche Aufteilung ähnelt dem Demenzdorf. Jeder Bewohner besitzt einen Schlafräum, welcher zu Beginn von ihm selbst eingerichtet wird und als Rückzugsort dient. Des Weiteren beinhaltet die Wohnung eine gemeinschaftliche Wohnküche, einen Schlafräum für die Pfleger sowie zwei sanitäre Einrichtungen, welche jeweils von vier Bewohnern geteilt werden. Im 23. Bezirk konnten zwei Wohngemeinschaften durch Zusammenlegung zweier bestehender Wohnungen sowie kleinerer baulicher Anpassungen verwirklicht werden. Die beiden Wohngruppen teilen sich eine großzügige Terrasse, welche von beiden Wohnküchen begehbar ist. Im 21. Bezirk ermöglichte ein Neubau Mitsprache bei der Planung, wodurch die räumliche Aufteilung der zwei geschaffenen Wohngemeinschaften nahezu perfekt durchgeführt werden konnte. Die neun Schlafräume, acht der Bewohner und einer der Pfleger, sind zusammen mit den sanitären Einrichtungen links und rechts von der Wohnküche, welche das Zentrum der Wohnung bildet, angeordnet. Ein davorliegender eingezäunter Garten ermöglicht jederzeit Zugang zur Natur.

Alle Wohngemeinschaften liegen im Erdgeschoss, wodurch ein selbstständiges Verlassen durch die dementen Personen ohne notwendige Nutzung von Aufzug oder Stiegen gewährleistet ist. Den Bewohnern ist somit freigestellt, ihren Tag im Wohnraum, dem Garten oder der angrenzenden WG zu verbringen. Auf Grund der rechtlichen Bestimmungen wird die Wohnungstüre nur in der Zeit von 22Uhr bis 6Uhr Früh versperrt, wobei jedoch ein Verlassen dennoch stets möglich ist. Um einem Umherirren oder gar Weglaufen entgegen zu gehen, ist jeder Demenzerkrankte mit einer Sicherheitsarmbanduhr der Firma Vivago ausgestattet. Diese Uhr gibt dem Pfleger mittels Sensoren und Signalisierung den Standort des Betroffenen an. So ertönen beispielsweise beim Erreichen der Wohnungstüre ein Signal sowie ein Weiteres beim Durchqueren des Gartentores. Das sichere

³³ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 12.06.2014

Zurückbringen des dementen Menschen ohne eine Gefährdung dessen oder Anderer kann dadurch gewährleistet und parallel auch das Gefühl der Selbstständigkeit nicht unterdrückt werden.³⁴

Die Bewohner werden ähnlich wie in De Hogeweyk in das Alltagsleben aktiv eingebunden und können ihren Gewohnheiten eigenständig in familienähnlicher Atmosphäre nachgehen. Betreut durch zwei stets anwesende Pfleger wird alltäglichen Aufgaben wie Kochen oder Putzen nachgegangen. Wesentlich dabei ist die freiwillige Teilnahme der dementen Personen, egal ob aktiv oder auch passiv als Zuschauer. „Es ist in Ordnung wenn ein Bewohner mitten im Kochen nicht mehr möchte oder einfach nur zuschauen und kommentieren möchte, wie es besser funktionieren würde.“, so Herr Vahdani³⁵. Wichtigster Aspekt, laut ihm, ist stets die Gemeinschaft, weshalb darauf geachtet wird, dass die Bewohner ihren Tag im Wohnraum oder im Garten zusammen verbringen ohne sich im eigenen Zimmer abzuschotten. Grundlegend dafür ist ein kompakter, jedoch vollkommen ausreichend großer Schlafraum. Auch die Gänge sind kurz gehalten, um einem Herumwandern entgegen zu wirken. So trifft ein Bewohner beispielsweise unmittelbar nach Verlassen seines Zimmers im Wohnzimmer auf einen zweiten, welcher gerade vor dem Fernseher sitzt und setzt sich automatisch dazu. Studien haben ergeben, dass demente Personen vor allem aufgrund von Langeweile ziellos und mit größer werdender Unruhe umherziehen. Entdecken sie jedoch unterwegs eine Ablenkung, beruhigt sie diese Tätigkeit, selbst wenn sie fünf Minuten später wieder weiter spazieren.

Bislang hat sich diese Form der Demenzeinrichtung bei der Caritas Socialis durchwegs positiv bewährt, da es nur sehr selten zu aggressivem Verhalten bei den Bewohnern kommt. Grundsätzlich kann also gesagt werden, dass die Struktur der Demenz-WG mit den Wohngruppen des Demenzdorfes vergleichbar ist. Wesentlichen architektonischen Unterschied bilden die Nebeneinrichtungen, wie sie in De Hogeweyk in Form von Cafe oder Friseur zu finden sind aber auch die Integrität in eine bestehende Wohnstruktur. Wie relevant diese im Leben eines Demenzerkrankten sind, bleibt offen, da zugehörige Studien noch nicht veröffentlicht wurden. Herr Vahdani jedoch meinte, dass die Caritas Socialis durchwegs interessiert an den Auswirkungen dieser Demenzdörfer ist, bezweifelte jedoch den Nutzen der Nebeneinrichtungen, da diese schlussendlich speziell für Demenzerkrankte erschaffen würden, wie er am Beispiel eines Supermarkts erläuterte: „Ein älterer Mensch ist es gewohnt nicht mehr in das oberste oder das unterste Regal zu gelangen und wird gegebenenfalls um Hilfe bitten. Kauft er nun in einem ‚Demenz-Supermarkt‘ ein, so gibt es diese beiden Regale nicht mehr. Die Lebensmittel befinden sich altersgerecht nur in Greifhöhe, was wiederum jedoch ungewohnt ist und somit wieder aggressives Verhalten durch Unsicherheit fördert.“³⁶ Eine solche Umgebung wird von gesunden Menschen geschaffen, welche glauben zu wissen, was ein dementer Mensch benötigt. Dieser gute Wille hat nicht selten das Gegenteil zur Folge und erzeugt statt Vertrautheit Zweifel und Aggression. Demenzerkrankte brauchen nun mal Stabilität und Kenntnis was ihre Umgebung betrifft.

Alternativen zu den Wohngemeinschaften bilden Tageszentren sowie Pflegeheime. Letztere sind vor allem auf Menschen mit schwerer Demenz spezialisiert, welche durchgehende Betreuung benötigen. Allerdings agieren die meisten Heime vorwiegend nach dem ‚Sauber-Satt-Prinzip‘, welches kaum

³⁴ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 27.06.2014

³⁵ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 12.06.2014

³⁶ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 27.06.2014

Platz zur Betreuung der sozialen und psychischen Beziehungen lässt. Etwa 80% der Pflege befasst sich mit medizinischer und körperlicher Versorgung, wie beispielsweise Medikamentenverabreichung und Umlagerung. Kaum ein Patient erhält den Respekt und die seelische Betreuung die ihm eigentlich zustehen sollte. Nur alle fünf Wochen können Friseur- und Kosmetikleistungen in Anspruch genommen werden, welche neben Ausflügen, welche maximal fünf Mal im Jahr vonstattengehen, einen Höhepunkt eines solchen Pflegepatienten bilden. Dass Patienten nicht selten mit Hilfe von Medikamenten bewusst pflegebedürftig und ruhiggestellt werden, wird mir seitens eines Pflegers bestätigt. Ziel hierbei ist, die höchste Pflegestufe zu erreichen und somit die meiste finanzielle Unterstützung zu erhalten, welche schlussendlich in die Bezahlung der benötigten Pflege fließt. Dieser Teufelskreis bewirkt pro Patient einen Geldfluss von bis zu 1.655,80€ pro Monat, somit 19.869,60€ pro Jahr, wird jedoch niemals offiziell bestätigt. In der Früh versorgt, anschließend mit dem Rollstuhl zum Fenster gestellt um bis zum Mittagessen dort zu verweilen, gibt den Pflegern die benötigte Zeit um den geforderten bürokratischen Papierkram zu erledigen. Die Patienten verlieren dabei ihre Menschlichkeit und werden auf ihre körperlichen Bedürfnisse reduziert: Waschen, Essen, Schlafen. Der Tag besteht zum Großteil aus Warten. Gelegentliche Ablenkung bilden Fernseher und Radio. Studien bestätigen, dass vor allem beim Thema Demenz, gerade diese Form der Tagesgestaltung zu Unruhe, Aggression und Verhaltensauffälligkeiten führt, was wiederum zusätzliche Medikation zur Folge hat. Aus Langeweile entwickelt sich eine bewegungsfreudige Orientierungslosigkeit, die zu angespanntem Herumirren führt. „Trauer, Ängste, Scham und Selbstentfremdung gehören zu den regelmäßigen Erfahrungen im Durchleben einer Demenz. Daraus ergeben sich Bedürfnisse nach Trost, danach, ins Leben einbezogen zu sein, nach angemessener Beschäftigung, und danach, die Identität aufrechtzuerhalten und Bindungen einzugehen.“³⁷

Glücklicherweise gibt es vereinzelt Pflegeheime, welche nach neueren Prinzipien der Demenzpflege agieren. Diese bieten neben der üblichen medizinischen Versorgung auch Therapien und fördernde Aktivitäten an. Demente Menschen brauchen Beschäftigung um mit der Krankheit leben zu können, so werden Erinnerungs- und Biographiearbeit neben demenzspezifischen Gedächtnistrainings angeboten. Zusätzlich werden mittels Musik-, Physio- und Ergotherapie die Sinne aktiviert und geschult.³⁸ Dieses Angebot an Tätigkeiten ist besonders in den Pflegeheimen sehr wichtig, da Demenz auf kurz oder lang zu durchgehender Pflegebedürftigkeit führt und eine Betreuung innerhalb der Demenz-Wohngemeinschaften vorwiegend aus Kostengründen nicht möglich ist. Sofern also ein WG-Bewohner nicht eines natürlichen Todes vor Ort stirbt, wird mit Erreichen der Stufe ‚schwere Demenz‘ ein Umzug in ein Pflegeheim nicht abwendbar sein.³⁹

Gerade aus diesem Grund soll bei einer zukunftsorientierten Demenzarchitektur nicht nur die Schaffung neuerer Modelle im Vordergrund stehen, sondern auch die Adaptierung bestehender Einrichtungen. Dies kann bereits durch minimale Eingriffe, wie zusätzlichen Therapieangeboten in Form von Klangtherapie oder einer Fühlwand, erzielt werden. Eine höhere Anzahl spezifisch geschulter Pfleger würde neben gezielterer Betreuung zusätzliche Arbeitsplätze schaffen. Dem Ganzen zugrunde liegt, wie bereits oben erwähnt, eine effizientere Förderungspolitik, welche in Hinsicht des demographischen Wandels und der derzeitigen Situation dringend notwendig ist.

³⁷ http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Nichtuebertragbare_Krankheiten/Demenz/
Zugriff: 18.10.2013 15:32

³⁸ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 12.06.2014

³⁹ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 27.06.2014

Politiker, Bauträger und Architekten sollten sich künftig dem Thema Altersversorgung verstärkt widmen und die Prioritäten angemessener ordnen. Gerade in der Architektur können hierbei wesentliche Grundsteine gelegt werden. Mit Hilfe von entsprechenden Förderungen können Neubauten von vornherein barrierefrei gestaltet und Altbauwohnungen nachträglich saniert werden, wodurch aufgrund von Hindernissen erforderliche Übersiedlungen in Heime oftmals verzögert werden können. Die Notwendigkeit von Pflegeeinrichtungen wird dadurch nicht verringert, doch hinsichtlich der zunehmenden Altersstruktur ergeben sich vermehrt Möglichkeiten zur Versorgung dieser. Statistiken besagen einen stetigen Anwuchs an Einpersonenhaushalten, wodurch neben Altersheimen, Demenz-WGs und –dörfern Einrichtungen mit betreutem Wohnen zukunftsweisend sind. Im Kapitel *11. Betreuungsformen* möchte ich auf dieses Thema näher eingehen und besagte detaillierter analysieren.

Eine vehementere Auseinandersetzung mit dem Thema Wohnversorgung sowie Pflege älterer Mitbürger ist in Österreich dringend notwendig. Gerade durch die statistische Zunahme der Erkrankungen an Demenz sollten die derzeitigen Pflegemodelle überarbeitet und zukunftsorientierter angepasst werden, um der zur Zeit dafür verantwortlichen Generation ein entsprechendes Zuhause zu schaffen.



Abb. 11 ... Alltagsgegenstände tragen zur Förderung von Motorik und Gedächtnis wesentlich bei

8. BESUCH EINER DEMENZ-WG

Zwei der Demenz-WGs der Caritas Socialis befinden sich am Rand des 21. Wiener Gemeindebezirks im Erdgeschoss eines jüngeren Genossenschaftsbaus. Ich läute bei einer der beiden Wohngemeinschaften und werde von einem aus dem Fenster schauenden Mitarbeiter zum wie er es ausdrückt „behördlich definierten Haupteingang“⁴⁰ umgeleitet. Später wird mir erklärt, dass aus sicherheitstechnischen Gründen notwendige Versperren der straßenseitig liegenden Türe auf Grund der damit verbundenen Freiheitsberaubung behördlich untersagt ist und somit eine ums Eck liegende, in den Innenhof des Gebäudes führende, Gittertüre bei der Behörde als Haupteingang definiert wurde. Die Wohnung wird dadurch durch den innen liegenden eigenen kleinen Vorgarten betreten. Das erschließende Gartentor ist mit einem Sicherheitssystem ausgestattet, welches den Betreuern das Durchschreiten eines Bewohners mit zugehöriger Funkuhr meldet und ein Versperren somit erübrigt. Ein mögliches Weglaufen wird verhindert und die straßenseitig liegende Türe kann durchgehend versperrt bleiben.



Abb. 12 ... Eingangstüre Demenz-WG Wien 21

Zuerst wird mir jedoch die zweite WG gezeigt, bei welcher der Zugang generell über den Innenhof erfolgt, da die Wohnungen des Gebäudes mittels Laubengängen erschlossen sind. Durch den kleinen Vorraum gelange ich direkt in die zentral gelegene Wohnküche. Der Küchenzeile ist eine tiefe Kochinsel mit zwei Barhockern vorgelagert, auf welcher eine Thermoskanne Kaffee sowie Kuchen bereit stehen. An dem davor liegenden großen Esstisch sitzt eine Dame, welche mich mit strahlendem Lächeln begrüßt: „Wie geht’s dir? Gut schaut aus!“⁴¹. Ich kenne sie zwar nicht, doch das macht ihr nichts. Sie freut sich einfach mich zu sehen. Der neben ihr sitzende Herr beäugt mich wiederum skeptisch, doch keineswegs feindselig. Im Gegenzug zu seiner Mitbewohnerin kennt er mich nun mal nicht.

Der Rest des Wohnraumes besteht aus großteils wahllos zusammen gestellten Möbeln. Die Bewohner richten nicht nur ihr Schlafzimmer mit den eigenen Besitztümern ein, auch im Wohnzimmer findet das ein oder andere Möbelstück schlussendlich seinen Platz. So teilen sich Blümchencouch und orangener Fauteuil den Platz vor dem aus den 70ern stammenden Beistelltisch. An den Wänden stehen alte Glasvitrinen umrahmt von selbstgemalten Bildern, die Räume sind alle angenehm hell. Mein erster Eindruck dabei ist trotz des Einrichtungschaos absolute Gemütlichkeit. Dieses Gefühl erhalte ich auch seitens der Bewohner, welche ruhig und entspannt in ihren Sesseln sitzen.

Links und rechts von dem Gemeinschaftsbereich zweigen kurz gehaltene Gänge mit den Schlaf- und Sanitärräumen ab. Die Schlafzimmertüren sind mit einem Photo des zugehörigen Bewohners und

⁴⁰ Interview: Stationärer Pflegebediensteter, Wien, 27.06.2014

⁴¹ Interview: Bewohnerin Demenz-WG, Wien, 27.06.2014

einer großen Tafel mit dem, von ihm selbst geschriebenen, Namen versehen. Jeweils gegenüber zweier Räume befinden sich WC sowie Bad, beides behindertengerecht und urban in der Größe ausgeführt. Auch hier sind die Türen mit großen Beschriftungen versehen. Auf meine Frage bezüglich der räumlichen Orientierung, wird mir erklärt, dass sich die Bewohner durch die oftmals persönlich gestaltete Kennzeichnung ausgezeichnet zurechtfinden.

Die freundliche Dame von vorhin erlaubt mir ihr Zimmer zu sehen, welches mit etwa 12m² zwar kompakt erscheint, jedoch für den vorgesehenen Zweck vollkommen ausreichend ist. Ein Bett, ein Kasten, eine Vitrine sowie ein Couchsessel finden genügend Platz. Da im Zuge des Neubaus des Gebäudes die Mitsprache seitens der Caritas Socialis möglich war, ergab sich die Überlegung einer Ausführung von größeren Räumen. Diese Möglichkeit wurde jedoch zur Vermeidung möglicher Abkapselungen alsbald wieder verworfen. Die Bewohner können jederzeit in ihr Zimmer gehen, sollten sich allerdings bevorzugt in der Gemeinschaft und den damit eingebundenen sozialen Kontakten aufhalten. Dem Gefühl von Vereinsamung, welches meist aggressives Verhalten zur Folge hat, wird dadurch entgegen gewirkt.

Durch das Wohnzimmer gelangt man in den Garten, in dem die übrigen Bewohner in der Sonne sitzen, Kaffee trinken und durch die Zeitung blättern. Wüsste ich nicht, dass es sich hierbei um eine Demenz-WG handelt, würde ich glauben, hier findet ein Treffen von Jugendfreunden statt, welche in Gesellschaft den Sommer genießen wollen. Trotz der ums Eck liegenden stark befahrenen Brünner Straße ist der Garten angenehm ruhig. „Nur im Sommer sehr heiß, da er südseitig liegt. Da wandern die Bewohner dann meist in den im Innenhof liegenden kühleren Garten der anderen WG.“, erzählt mir der Mitarbeiter, worauf wir uns diesen sogleich anschauen gehen.⁴² Zwar hat jeder Bewohner seine Wohnung, doch dürfen sie sich relativ frei bewegen und somit auch den Garten der jeweils anderen WG benutzen. Nur die Straße entlang spazieren, wird auf Grund des Sicherheitsrisikos ungenutzt gesehen.



Abb. 13 ... Vorgarten der Demenz-WG im Innenhof angrenzend zum allgemeinen Spielplatz

⁴² Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 27.06.2014

Durch den Innenhof gelangen wir zu dem vorhin erwähnten Gartentor in die zweite, nach dem gleichen räumlichen Prinzip erstellten, Wohngemeinschaft. Das angebrachte Sicherheitssystem wird mir auch sogleich vorgeführt, als unmittelbar nach meinem Eintreten ein Bewohner, als wäre es selbstverständlich, durch das Gartentor Richtung Wohnanlagenausgang wandert. Gemütlich schließt er das Tor hinter sich und beginnt seinen Spaziergang. Jedoch kommt er nicht weit, da bereits wenige Augenblicke später eine Pflegerin bei ihm ist und ihn sanft in die sichere WG zurück leitet. Während dieser Angelegenheit bewundere ich besonders die Ruhe und Gelassenheit, welche beide ausstrahlen.

Im Garten sitzen einige der Bewohner und beäugen meinen Besuch skeptisch, doch nach kurzer Begutachtung nehmen sich mich nicht weiter wahr. Ähnlich dem Pflegepersonal gehöre ich für die dementen Menschen einfach zur Wohnung dazu. Vorbei an der Terrasse und einem kleinen Hochbeet mit Gemüsepflanzen gelange ich durch die, für die Behörden angebrachte, Wohnungstüre in die zweite Wohngemeinschaft. Auch hier spiegelt die alte Einrichtung Gemütlichkeit und Vertrautheit wieder. Eine Betreuerin bereitet gerade das Mittagessen zu und eine am Tisch sitzende Frau schält die Zwiebeln. „Selbst wenn sie dafür eine Stunde braucht, stört es nicht. Schlussendlich macht sie diese Beschäftigung freiwillig und das ist was zählt.“, wird mir erklärt, „Leider sieht das die Behörde nicht so, denn da wäre diese Tätigkeit angesichts der fehlenden Handschuhe einfach nur unhygienisch.“⁴³ Generell fällt mir während der Besichtigung und des Gesprächs auf, dass vor allem seitens der Gesetze viel Handlungsbedarf besteht. Die Demenz-WGs werden rechtlich nicht als Wohnung sondern als Pflegeabteilung definiert und unterliegen dadurch strengeren Richtlinien, bei denen das menschliche Befinden leider zweitrangig ist und welche oftmals nur durch umständliche Behelfe, wie der Causa Eingangstüre, umgangen werden können.

Auch werden seitens der Stadt Wien bislang Projekte wie die Demenz-WGs trotz der vorhandenen Nachfrage kaum unterstützt. Obwohl die Integration solcher in Wohnbauten, ähnlich eines Kindergartens, funktioniert und auch seitens der anderen Hausparteien akzeptiert wird, sowie zahlreiche Neubauten im Wohnbau geplant sind, mangelt es vor allem an der Finanzierung zur Durchführung solcher Hybridbauten.

Vor dem Garten liegt ein Kinderspielplatz, bei dessen Anblick sich während meiner Gedanken zur Integration auch die Frage nach der zwischenmenschlichen Beziehung dementer Menschen und Kindern aufwirft. Auch wenn die Feststellung ethnisch nicht korrekt ist, passiert, meines Erachtens nach, bei älteren Menschen eine Rückentwicklung zur Kindheitsphase, wodurch der Umgang mit Kindern wesentlich unkomplizierter und rationaler verläuft. Das erleichterte Zusammenspiel wird mir schlussendlich auch seitens der Pfleger bestätigt. Der Kontakt entsteht oft durch vor Ort lebende oder besuchende Kinder und verläuft durchwegs positiv. Selbstverständlich dürfen demente Menschen keinesfalls mit Kindern verglichen werden, doch finde ich, könnte für die Planung eine Symbiose aus Kindergarten und Pflegeheim durchwegs angedacht werden.

Mein Besuch währte nicht lang und den meisten Bewohnern werde ich innerhalb kürzester Zeit in Vergessenheit geraten sein, doch für mich war es eine großartige Erfahrung. Bisweilen war ich der Meinung, Demenzdörfer wären die einzige zeitgemäße Alternative zu den veralteten Pflegeheimmodellen, welche ein Altern in Würde kaum ermöglichen. Doch denke ich, eine

⁴³ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 27.06.2014

Wohngemeinschaft, welche auf einfachste Weise Selbstständigkeit und Vertrautheit schafft, bietet die Möglichkeit das Raumkonzept der Demenzdörfer und den Wunsch nach Integrität dementer Menschen zu vereinen. Zumindest vorerst, denn der Generationenwandel könnte Veränderungen mitbringen, welche einen Wandel des derzeitigen Systems zur Folge haben. So würde die derzeit großzügige Küche durch Mikrowellenherde ersetzt werden und zusätzlich zu Fernseher und DVD-Player fänden Spielkonsolen und Laptops ihren Einzug im Wohnzimmer. Diese Neuerungen könnten in 20-30 Jahren zur Hinterfragung der Sinnhaftigkeit der Demenz-WG führen. Umso wichtiger ist es, dem Thema Demenz und der damit verbundenen Lebensqualität Prioritäten einzuräumen und Zukunftsperspektiven zu diskutieren.

Fazit meines Besuchs ist, dass augenblicklich diese Version von Demenz-Architektur eine würdevolle Wahl ist, welche mit wenig architektonischem Aufwand in beinahe jedem Wohnhaus integriert werden könnte und sollte.



Abb. 14 ... Straße vor der Eingangstüre zur WG



Abb. 15 ... Straßenseitiger Vorgarten der WG

9. ARCHITEKTONISCHES VERSTÄNDNIS – FOLGEN DER KRANKHEIT

Um demenzgerecht Planen zu können, benötigt es Verständnis gegenüber der architekturenspezifischen Konsequenzen dieser Krankheit. Im nachfolgenden Abschnitt sollen die körperlichen sowie psychischen Beeinträchtigungen aus architektonischer Sicht analysiert werden. Sämtliche statistischen Angaben beziehen sich hierbei auf die Altersstudie des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz um wissenschaftlich belegte Erkenntnisse zu erhalten.

Zu Beginn gilt es zu klären, dass Voraussetzung für ein selbstständiges Leben stets die persönliche körperliche Mobilität ist. Nur wer Raum eigenständig überwinden kann - also ohne fremde Hilfe von A nach B gelangt - ist im Stande autonom zu leben. Diese Mobilität hält soziale Kontakte, Freizeitaktivitäten sowie alltägliche Verrichtungen aufrecht. Eine Verschlechterung dieser Bewegungsfreiheit und der damit einhergehenden Abhängigkeit bringt Einschränkungen in fortwährenden Bedürfnissen und kann Krankheit und Depressionen zur Folge haben. Mit dem Alter erhöhen sich aufgrund sensorischer sowie physischer Faktoren diese Einschränkungen, wodurch die Schaffung einer altersgerechten Umgebung ausschlaggebend für das Wohlbefinden der Person ist.

Gewisse altersbedingte Begrenzungen, wie die Nutzung des Autos, können durch Alternativen, in diesem Fall öffentliche Verkehrsmittel, ausgeglichen werden. „Viele ältere Menschen geben das Autofahren aus gesundheitlichen Gründen auf, aufgrund von Überforderung im immer komplexer und schneller werdenden Verkehrsgeschehen, aus finanziellen Gründen, manche, weil sie es müssen, und es gibt eine Gruppe (vor allem Frauen), die nie einen Führerschein besessen haben bzw. über keine Fahrpraxis verfügen und im Alter nicht mehr mit dem Autofahren beginnen wollen.“⁴⁴ Um jedoch, wie in diesem expliziten Beispiel, den Umstieg auf die öffentlichen Verkehrsmittel zu erleichtern, benötigt es hierbei eine gute Erreichbarkeit dieser, ausreichende Sicherheitsvorkehrungen sowie eine erleichterte Benutzbarkeit. Durch den vermehrten Bau von Aufzügen in den Stationen sowie dem zunehmenden Einsatz von Niederflurwägen beispielsweise im Raum Wien konnte die Zugänglichkeit bereits wesentlich erleichtert werden. Dank der eingeführten ÖNORM B1600 wird bei Planungen ein besonderes Augenmerk auf die Berücksichtigung der Barrierefreiheit gesetzt. Im öffentlichen Raum sowie bei Neubauten wird diese Richtlinie bereits seit längerem angewendet beziehungsweise adaptiert, doch gerade im Bereich Wien bestehen viele Altbauten, bei welchen eine Anpassung nur erschwert und mit hohen Kosten möglich ist. Fast dreiviertel der Menschen über 79 leben in der eigenen Wohnung. Aus vorwiegend körperlichen Gründen, wie Beeinträchtigung der Seh- und Hörleistung, aber auch psychischen Gründen, wie Unsicherheit durch Dezimierung der Motorik, verringert sich mit dem Alter der räumliche Aktionsradius, wodurch die Bindung an die eigene geläufige und sichere Wohnung verstärkt wird. Zumal viele der Älteren seit vielen Jahren in dieser vertrauten Umgebung zu Hause sind. Doch auch hier erfolgen Einengungen aufgrund des Alters, welche oftmals ein erhöhtes Risiko bergen. Laut dem Institut *Sicher Leben* sterben pro Jahr etwa 800 Menschen an Stürzen innerhalb des eigenen sozialen Umfelds.⁴⁵ Umbauten, wie Handläufe oder rutschfeste Bodenbeläge, erhöhen die Sicherheit, doch meist lernen Betroffene mit der Situation und der damit verbundenen Gefahr zu leben. „Die Übersiedlung in ein Seniorenheim wird so lange wie möglich hinausgeschoben. Erst im Akutfall ist der

⁴⁴ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 182

⁴⁵ Gerald & Walter, 2000

Betroffene zu diesem Schritt bereit. Hauptgrund dafür ist die Tatsache, dass für viele Menschen die Übersiedlung in ein Heim als Eingeständnis des Alters und als echter Beweis für den Beginn des letzten Lebensabschnittes gesehen wird. Denn die eigene Wohnung ist immer noch ein Synonym für Eigenständigkeit.⁴⁶ Da sich mit der Reduktion des Aktionsradius auch die sozialen Kontakte minimieren, können diese Lebensumstände zu Abschottung und Vereinsamung führen.

Einer der wesentlichsten Faktoren in der psychischen Beeinträchtigung im Alter ist die Angst. Bedingt durch körperliche Einschränkungen wachsen Ängste gegenüber außerhäuslichen Aktivitäten. Angst vor Stürzen oder Überfällen sind ausschlaggebend für das Meiden von öffentlichem Raum. Diese seelischen Faktoren stehen in direktem Zusammenhang mit den motorischen Umständen, wodurch beide häufig durch kleinere Sicherheitsvorkehrungen, beispielsweise bessere Beleuchtung, minimiert werden können.

Diese regelmäßigen Lebensveränderungen, welche mit dem Alter einhergehen, werden obendrein durch eine Erkrankung an Demenz verstärkt. Intensivere Beeinträchtigungen der Motorik können neben der bestehenden Erschwernis durch zunehmende Vergesslichkeit, Verständigungs- und Orientierungsproblemen auftreten und zu einer zusätzlichen psychischen Belastung führen.

Umso wichtiger ist es demenzspezifische Einrichtungen zu schaffen, welche von Beginn an das Gefühl von Selbstständigkeit und Sicherheit vermitteln. Zusätzlich benötigt es eine erhöhte Aufklärung gegenüber der Bevölkerung bezüglich solcher Institutionen, um die Befangenheit entgegen dieser zu eliminieren.

Studien zufolge leben trotz des Angebots an Pflegeheimen sowie Sonderwohnformen die meisten dementen Personen zu Hause betreut durch Angehörige. Obwohl das gewohnte Umfeld Sicherheit gibt und der Orientierungslosigkeit entgegen wirkt, birgt diese Art des Wohnens enorme Gefahrenquellen. Neben verschlossenen Türen oder gemusterten Möbeln, welche Angstzustände hervorrufen können, gestalten sich ungesicherte Strom- und Wasseranschlüsse als äußerst riskant. Selbst eine Anpassung dieser Umstände verhindert jedoch nicht ein Verlassen der Wohnung, zufolge dessen ein dementer Mensch dem äußeren Umfeld schutzlos ausgeliefert wäre. Folglich sind Unfälle durch naheliegende Straßen oder auch einfaches Verirren möglich. Angehörige sind mit der Situation rasch überfordert, weshalb eine Übersiedelung in eine Demenzeinrichtung auf Dauer nicht abwendbar ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass auf Grund der motorischen Einschränkungen Angstzustände auftreten können und neben dem Verlust der Nervenzellen, welche die Krankheit Demenz mit sich bringt, eine kontinuierliche Abnahme des Raum-Zeit-Gefühls erfolgt. Daraus resultierend müssen Räume geschaffen werden, welche physischen aber auch psychischen Schutz bieten. Diese räumlichen Erfordernisse sollen im nun folgenden Abschnitt anhand der Aspekte Sicherheit, Orientierung und Barrierefreiheit aus der rein architektonischen Sicht diskutiert werden.

⁴⁶ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 71

9.1 SICHERHEIT

Das Wort ‚Sicherheit‘ leitet sich von dem lateinischen Wort *securitas* ab und kann mit ‚sorglos‘ übersetzt werden. Gemeint ist damit ein Zustand ohne Risiken oder Gefahren. Betrachtet man nun einen solchen Zustand eines einzelnen Individuums, so spaltet sich dieser in physische und wirtschaftliche Sicherheit. Erstere bezeichnet die körperliche Unversehrtheit, welche unter anderem durch bestimmte Planungskriterien in der Architektur gewährleistet werden soll. Die wirtschaftliche Sicherheit bezeichnet sämtliche Aspekte der Zukunfts- und Existenzsicherung eines Menschen.⁴⁷

Bezogen auf das Thema Architektur schreiben auf wissenschaftlichen Studien basierende Bauvorschriften, Normen und Richtlinien vor, welche Kriterien für ein sicheres Miteinander erfüllt werden müssen. Diese Vorschriften dienen dazu Unfälle und Gefahrenquellen zu vermeiden und sind vor allem in Hinsicht auf Kinder und ältere Menschen nochmals spezifiziert. So richtet sich beispielsweise die ÖNorm B1600 nicht ausschließlich an Menschen mit einer Bewegungsbehinderung sondern auch an „nicht erwachsene Personen ...“ sowie „Menschen mit allgemeiner Reduktion der physischen Funktionen“.⁴⁸ Obwohl die Einhaltung der in den ÖNormen erarbeiteten Standards gesetzlich nicht verpflichtend ist, wird seitens der Behörden besonders im Fall der Barrierefreiheit ein außerordentliches Augenmerk auf die vorwiegende Erfüllung dieser gelegt.

Die Risikobereitschaft nimmt mit zunehmendem Alter ab, während äquivalent dazu die Unfallgefahr steigt. Nachlassende körperliche Fähigkeiten aber auch Einschränkungen der Sinnesleistungen sind hierbei die Ursache. Statistiken ergeben, dass die häufigsten Schäden im privaten Umfeld bei der Ausübung alltäglicher Arbeiten passieren. Laut Statistik Austria kann das Unfallrisiko älterer Menschen prozentuell gesehen zwar mit dem Jugendlicher verglichen werden, doch ist die notwendige Heilungs- sowie Behandlungsdauer im Vergleich beträchtlich höher (siehe Abb.15). Des Weiteren bergen durch Unfälle bedingte Verletzungen die Gefahr einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, wodurch es auch zu einer Steigerung der damit verbundenen Folgekosten kommt. Dementsprechend wichtig ist es mögliche Gefahrenquellen aufzuzeigen und entsprechende Sicherheitsvorkehrungen zu treffen.

Neben den gewöhnlichsten Schäden durch Schnittwunden, Verbrennungen oder Verkehrsunfällen sind Verletzungen durch Stürze die häufigste Unfallart bei Personen ab 60 Jahren, weshalb gerade in diesem Bereich besondere Prävention von Nöten ist.⁴⁹ Entsprechende Materialien, Handläufe und Beleuchtungssysteme sind hier einige architektonische Maßnahmen zur Unfallprävention. Nähere Erläuterungen hierzu erfolgen weiter unten im Kapitel.

⁴⁷ <http://www.sartory.pro/aspekte-der-sicherheit.html>
Zugriff: 27.08.2014 11:00

⁴⁸ Österreichisches Normungsinstitut (ON), 2005, S. 31

⁴⁹ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 163

Tätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalls	% < 60.	% 60-79	% 80+	Gesamt
Hausarbeit	14	15	12	14
Gartenarbeit	2	6	1	3
Heimwerken	9	8	1	8
Spiel/ Freizeit	29	8	5	22
Grundbedürfnisse	6	5	15	7
Gehen/ Laufen	34	51	55	40
Sonstige Tätigkeit	6	7	12	7
Gesamt	100	100	100	100
Unfallart				
Sturz auf gleicher Ebene	26	52	62	36
Sturz auf/von Treppen/Stufen	11	13	12	11
Sturz aus der Höhe	13	9	10	12
Zusammenstoß/Kontakt mit Gegenstand /Person	14	5	5	11
Einklemmen, Quetschung, Schnittwunde	23	13	4	18
Fremdkörper	1	0	0	1
Thermische Einflüsse	3	1	1	2
Überstrapazierung	9	8	7	9
Gesamt	100	100	100	100
Absolut				
	< 60 J.	60-79 J.	80+ J.	Gesamt
	269.200	83.100	52.700	404.900

Abb. 16 ... Unfallarten und -tätigkeiten bei jüngeren sowie älteren Menschen (exkl. Verkehrs- und Arbeitsunfälle)

Ein weiterer bedeutender Faktor bei der Erarbeitung einer demenzspezifischen Architektur ist, neben der Durchführung von Gesetzen, Normen und Richtlinien, die weitere Unterscheidung von objektiver – also wissenschaftlich belegter – und subjektiver – individuell gefühlter – Sicherheit. Einrichtungen für Demenzkranke müssen nicht nur baulich an die Sicherheitsrisiken dieser speziellen Erkrankung angepasst sein. Der biographische Hintergrund jedes einzelnen Bewohners ist essentieller Bestandteil der Schaffung eines individuell geschnittenen sicheren Lebensraums. So schützt beispielsweise ein Geländer eine Person davor seitlich die Treppe hinab zu stürzen, fühlt sich diese Person jedoch aufgrund von Höhenangst prinzipiell ab 1m Höhe nicht sicher, so wird sie erst gar nicht die Treppe hinauf steigen. Es ist daher wichtig seitens des Sicherheitsgedankens in der Architektur solch mögliche Individualängste von vornherein zu eliminieren. Im vorangehenden Beispiel wäre dies eine ebenerdige Einrichtung zu schaffen. Dies wäre grundsätzlich sinnvoll, da auch die Benutzung eines Aufzugs ein Sicherheitsrisiko darstellt. Wie bei vielen Geräten und Installationen erkennen Demenzkranke diese zwar als solche, doch die Kenntnis der Nutzung ist aufgrund der Krankheit nicht mehr vorhanden. So könnte es passieren, dass ein Bewohner in den Aufzug einsteigt und den ganzen Tag darin verbringt, ohne zu wissen was er tun soll. Schlimmstenfalls könnten durch die schließenden Türen erzeugte Ängste Panik verursachen und Aggressionen hervor rufen.

Es kann gesagt werden, dass niemals alle Gefahrenquellen eliminiert und Unfälle vermieden werden können, doch gerade in der Demenzarchitektur gibt es entscheidende Punkte, unter deren Einhaltung bedeutsam zu einer sicheren Umgebung beigetragen werden kann.

Nachfolgend eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Sicherheitsaspekte:⁵⁰

9.1.1 BODENBELÄGE:

Diese sollten rutschfest und pflegeleicht sein. Zusätzlich sollten sie sich farblich deutlich von den Wänden abheben. Laminat, Linoleum oder PVC-Böden eignen sich hierbei sehr gut. Ganz besonders wichtig ist die Rutschfestigkeit in den Nassräumen. Teppichböden sind zwar anfällig auf Verschmutzungen, strahlen jedoch eine gefühlte Wärme aus und sind hinsichtlich biographischer Hintergründe oftmals unerlässlich, weshalb diese eher in Ruheräumen Verwendung finden und auf eine rutschfeste Unterlage verlegt werden sollten.

9.1.2 STURZSICHERUNGEN:

Neben den gesetzlich vorgesehenen Absturzsicherungen sollten generell alle Gänge sowie sanitären Bereiche mit Handläufen und Halterungsvorrichtungen zur zusätzlichen Hilfe ausgestattet sein. Diese sollten in einer entsprechenden Höhe angebracht, ausreichend breit sein und sich farblich deutlich von den Wänden abheben.

9.1.3 BELEUCHTUNG:

Ein unerlässlicher Bestandteil einer Demenzeinrichtung ist die richtige Beleuchtung. Da mit zunehmender Demenz ein Lesen der Uhr meist verlernt wird, helfen dimmbare Lampen bei der Bestimmung des Tagesablaufs. So wird zum Beispiel gegen Abend entsprechend des natürlichen Lichts die Zimmerbeleuchtung herunter gefahren, folgendermaßen können sich die Bewohner auf die kommende Nachtruhe einstellen. Zwar existieren hierbei speziell für Demenzkranke entwickelte Beleuchtungssysteme, doch kommen diese aufgrund ihrer hohen

Kosten kaum zum Einsatz. Ein weiterer wichtiger Aspekt beim Thema Beleuchtung ist neben der zeitlichen auch die räumliche Orientierungshilfe. Da wissenschaftliche Studien ergeben haben, dass finstere Ecken meist gemieden werden, eignen sich abgedunkelte Gänge für Räumlichkeiten, die von Bewohnern nicht benutzt werden sollen beziehungsweise für Türbereiche, welche ausschließlich für das Personal bestimmt sind. Der restliche Wohnraum sowie die Sanitärräume sollten großzügig und

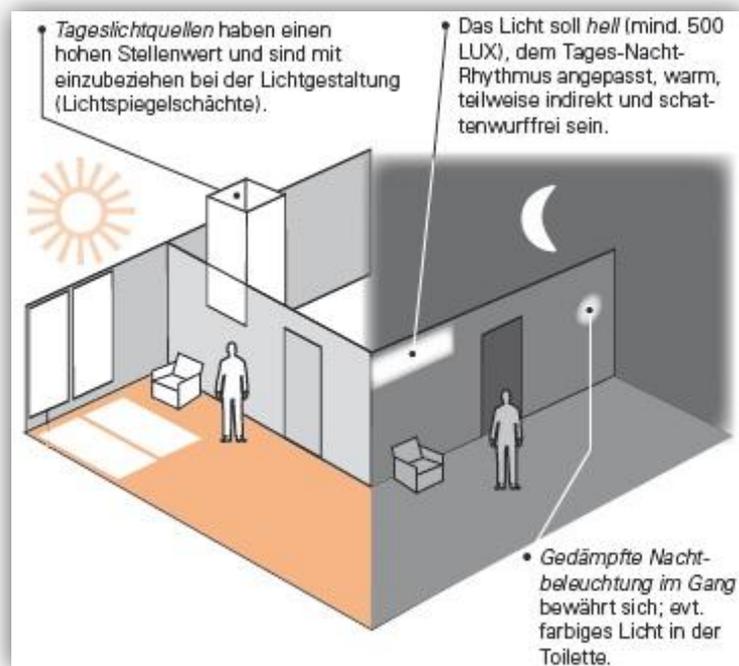


Abb. 17 ... Empfehlungen zur Beleuchtung

⁵⁰ Urs Leuthold, 2009

möglichst mit indirektem Licht hell erleuchtet sein. Zusätzlich können im Bodenbereich Wegeleuchten für den nächtlichen Gang zur Toilette angebracht werden.

9.1.4 ALARMEINRICHTUNGEN:

Es gibt hierzu zahlreiche Möglichkeiten die Sicherheit der Bewohner mittels Signalinstallationen zu gewährleisten, weshalb hier nur ein kurzer Abriss der gängigsten Formen erfolgen soll. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Einrichtungen, wie Notfallglocken neben den Betten und in Sanitärräumen, kommen, wie bereits im Kapitel *7.Österreich und Demenz* beschrieben, Sicherheitsuhren oftmals zum Einsatz, da diese eine individuelle Kontrolle ohne Freiheitseinschränkungen erlauben. Größtes Sicherheitsrisiko bei Demenzeinrichtungen bildet das Weglaufen eines Bewohners, welcher aufgrund der Krankheit den Rückweg nur selten wieder findet. Solche Sicherheitsuhren bieten eine Kontrolle dieser Gefahr durch Anbringen von Sensoren an ungeschützten Türen, Toren oder Fenstern. Durchschreitet beispielsweise ein Demenzkranker eine solche Zone, so ertönt bei den Pflegern ein für den Bewohner geräuschloses Signal, wodurch dieser in den sicheren Bereich zurück gebracht werden kann, ohne jemals das Gefühl des Kontrollverlusts zu erhalten. Solche Uhren kommen immer öfter zur Anwendung und können zusätzlich auch mit einem



Abb. 18 ... Versteckte Türe

direkten Alarmknopf ausgestattet werden, mittels welcher der Träger selbst einen Notruf anzeigen kann. Weitere Einbaumöglichkeiten sind Kontaktmatten vor den Betten oder Lichtsensoren bei den Türschwelen. Diese beiden Möglichkeiten können zur Evaluierung des Verhaltens beitragen.

Sicherungen von Türen mittels Zahlencodeeingabe bieten zwar einen kontrollierten Zugang, können jedoch auch zu möglichen aggressiven Reaktionen eines Bewohners führen, wenn dieser, aus für ihn unverständlichen Gründen, diese Türe nicht öffnen kann. Es empfiehlt sich daher Türen, welche seitens der Bewohner nicht durchschreitet werden sollen, in der Wandfarbe auszuführen und zusätzlich mit einem den an den Gängen verwendeten entsprechenden Handlauf zu versehen um sie so zu verstecken.

9.1.5 PFLANZEN UND TIERE:

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sowohl Tiere als auch Pflanzen als therapeutische Wirkung positive Eigenschaften besitzen weshalb diese beiden Aspekte in der Demenzarchitektur einen erheblichen Beitrag zum Thema individuelle Sicherheit leisten. Leider ist der Einsatz von Tieren immer noch sehr umstritten und in zahlreichen Pflegeeinrichtungen herrscht ein generelles Mitnahmeverbot für Tiere. Erfreulicherweise gestatten immer mehr Institutionen zumindest zeitlich begrenzte Besuche



Abb. 19

von Therapiehunden oder auch die Haltung einer Hauskatze innerhalb einer Demenz-WG. Hierbei wichtig für die Sicherheit der Bewohner und der Tiere ist die ständige Beaufsichtigung sowohl des Umgangs als auch des Verhaltens des Tieres selbst. Der Einsatz von solchen Therapiehunden hat ergeben, dass neben der Förderung von geistiger Aktivität sowie Anregung des Nervensystems vor allem Ängste und Stress abgebaut werden und das Selbstwertgefühl erheblich gesteigert wird. Dies führt speziell im Fall Demenzkranker zu einer Minderung möglicher Aggressionsfaktoren, welche wiederum zu einer Reduktion der Medikation führt.

Generell kann gesagt werden, dass der Bezug zur Natur als therapeutische Maßnahme unumgänglich ist. So sollte eine Demenzeinrichtung stets einen Freibereich anbieten, welcher untertags durch die Bewohner jederzeit frei zugänglich ist. So kann das Beobachten von Vögeln bereits positiv stimulieren, Wohlbehagen erzeugen und Kommunikation fördern. Ebenso richtet es sich mit Pflanzen. Ein möglicher Kräuter-, Gemüse- und Blumengarten regt zu Aktivitäten an und trägt zur Gemeinschaft bei. Essentiell ist hierbei die Verwendung von ausschließlich ungiftigen Gewächsen, da ein möglicher Verzehr erfolgen kann. Ausreichend Sitzgelegenheiten, witterungsgeschützte Bereiche sowie die Nähe zum Innenbereich sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden.

9.1.6 *BETREUUNG:*

Bauliche Bedingungen bieten ein lesbares und einladendes Umfeld für einen Demenzkranken und schaffen das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit – oberste Priorität in der Demenzarchitektur. Dennoch soll hier abschließend auch erwähnt werden, dass eine adäquate Betreuung ebenso bedeutungsvoll für die psychische Auffassung der Sicherheit ist. Ziel hierbei sollte die Integration des Betreuungspersonals in den Alltag sein, so dass eine freundschaftliche Betreuung im Hintergrund möglich ist. Gerade dadurch kann das Gefühl der Selbstständigkeit, welches wiederum zur Abnahme von Unsicherheiten und Ängsten beiträgt, gefördert werden. Eine Prävention der Verkettung von Angst, Stress, Aggression und Medikation sollte stets der Zielgedanke einer solchen demenzgerechten Betreuung sein.

9.2 *ORIENTIERUNG*

„Orientierung bedeutet die Einordnung der eigenen Person in ihre Umgebung anhand bestimmter Merkmale.“⁵¹ Als Orientierungshilfe verwendet der Mensch seine Sinne sowie sein Erinnerungsvermögen. Da eine Erkrankung an Demenz Beeinträchtigungen sämtlicher dieser Bereiche zur Folge hat, vor allem aber eine gravierende Schwächung der Gedächtnisleistung, ist es gerade Aufgabe der Architektur bauliche Maßnahmen zur Abhilfe zu schaffen.

Das Sehvermögen ist ein entscheidender Bestandteil der räumlichen Bewegung. Altersbedingte Sehschwäche kann zu einer Beeinträchtigung des Gleichgewichtssinns und in weiterer Folge zu vermehrten Stürzen führen. Zusätzlich steigern sich durch die Orientierungslosigkeit Ängste, welche zu Aggressionen und Depressionen führen. Gerade bei Demenzkranken ist die Schaffung eines therapeutischen Umfeldes mittels geeigneter Architektur essentiell zur Vermittlung von Harmonie und Kontrolle trotz körperlicher Einschränkungen.

⁵¹ Urs Leuthold, 2009, S. 5

Generell wird zwischen räumlicher und zeitlicher Orientierung unterschieden. Ersteres umfasst die Basis eines jeden Entwurfs und ist grundlegender Bestandteil der Demenzarchitektur: Grundriss, Blickbeziehungen, Erschließung und Raumaufteilung. Bei der zeitlichen Orientierung handelt es sich um Aufschluss über Jahreszeiten, Uhrzeiten oder Feiertage. Hierbei helfen entsprechende Dekorationen, wie bereits oben erwähnte Belichtungssysteme sowie Blickbeziehungen zur Natur.

Grundriss und Raumaufteilung sind die Basis für eine ausreichende räumliche Orientierung. Ausführungen und Formen hierzu variieren und werden anschließend detailliert im Kapitel *12. Architektonischer Entwurf* erörtert. Bezugnehmend auf die Orientierung ist hierbei jedoch erwähnenswert, dass eindeutig definierte Räume mit einem zentral gelegenen Gemeinschaftsbereich sowie kurzgehaltene Gänge wesentliche Bestandteile des Zurechtfindens und der Mäßigung von ziellosem Umherirren bilden.

Beachtenswert um einem dementen Mensch einen qualitätsgerechten Alltag zu ermöglichen sind Blickbeziehungen, welche Zeitvertreib und Ablenkung gestatten. So wird ein unruhiger umher wandernder Bewohner durch ein in den Garten weisendes Fenster abgewendet, wodurch ihn die neu entstandene Abwechslung von dessen Unruhe abbringt. Demente Menschen haben meist den Zusammenhang zwischen ihrem Tun und ihrem Sein vergessen, weshalb sie eine Art Bewegungsdrang entwickeln, der dazu führt, dass sie ziellos umher laufen auf der Suche nach einem Sinn. Es ist als wäre man in einer riesigen Bibliothek ohne zu wissen nach welchem Buch man suchen soll. Zur Beruhigung benötigen Demenzkranke Beschäftigungen und Tätigkeiten, die ihrem Dasein den notwendigen Ausdruck verschaffen – auch wenn es eventuell nur für einen kleinen Augenblick ist, bevor die aktuelle Arbeit wieder niedergelegt und eine neue gesucht wird. Umso wichtiger sind zielführende Wege, Bereiche mit verschiedenen Funktionen sowie Durch- und Einblicke, welche Abwechslung sowie Rückzugsmöglichkeiten bieten, aber auch zur situativen und räumlichen Orientierung beitragen. Nischen mit Tisch und Sesseln regen zum Kartenspielen an, ein Sofa lädt zum Zeitung lesen ein oder eine Terrasse zum einfachen Sonne genießen. Beschäftigung und Abwechslung sind hierbei unumgängliche Perspektiven um die notwendige Harmonie zu gewährleisten.

Persönliche Gegenstände oder private Möbel können ebenfalls zu markanten Orientierungspunkten beitragen. So helfen an oder neben den Zimmertüren angebrachte vertraute Objekte das Auffinden des eigenen Schlafraumes. Selbst gestaltete Bilder mit dem zugehörigen Namen, Photos, Filmposter oder auch ein Postkasten sind hierbei Möglichkeiten, welche individuell an den Bewohner angepasst werden müssen. Um ein Auffinden des eigenen Zimmers zu erleichtern, wurde im Frankfurter Julie-Roger-Haus ein Bild der Oper ‚Madame Butterfly‘ an der Tür einer dementen Seniorin befestigt. Da dies ihre Lieblingsoper war, findet sie den Raum seither von selbst.⁵²



Abb. 20

⁵² <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/demenzarchitektur-zeit-hat-hier-keine-bedeutung-mehr-11745678.html>
Zugriff: 21.03.2013 18:10

Werden Schilder oder Symbole beispielsweise zur Kennzeichnung der Toilette verwendet, sind Größe und die Lage dieser wichtig. Da demente Menschen zeitweise mit gesenktem Blick gehen und oftmals an Sehschwäche leiden, müssen solche Hinweise in entsprechender Höhe und Lesbarkeit angebracht werden. Diese können wirkungsvolle Erinnerungshilfen darstellen. So erhöht beispielsweise der regelmäßige Blickkontakt zum Sanitärraum nachgewiesen dessen Nutzung.

Die Beleuchtung ist nicht nur im Bereich der Sicherheit sondern auch als Orientierungshilfe ein bedeutsamer Punkt. Wie bereits angesprochen trägt diese zur zeitlichen Orientierung bei, kann jedoch auch wegführend sein, indem weniger hell ausgeleuchtete Bereiche ausschließlich dem Pflegepersonal vorbehalten sind. Bewohner werden aufgrund der minimierten Beleuchtung eher beeinträchtigt und weichen diesen Abschnitten instinktiv aus.⁵³

9.3 BARRIEREFREIHEIT

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden ... die Gleichbehandlung von behinderten und nicht behinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens zu gewährleisten ... architektonische Barrieren und Hindernisse viele Menschen mit Behinderungen von der Teilnahme am Gemeinschaftsleben vollkommen ausschließen.“⁵⁴

Im Fall dementer Menschen, aber auch älterer Personen im Allgemeinen, ist eine barrierefreie Planung sowie Ausführung zwingend notwendig. Wie bereits beim Punkt Sicherheit analysiert, führen sensorische Schwächerungen, Seh- und Hörschwäche aber auch Gedächtnisverlust im Alter oftmals zu eingeschränkter Mobilität. Es sollte daher baulich stets auf diese Bedürfnisse eingegangen werden und Rampen, Handläufe sowie entsprechende Sanitärausstattungen – um einige Punkte exemplarisch zu nennen – geplant werden. Da die Anführung und Analyse sämtlicher dieser, den baulichen Bereich betreffenden, Punkte zu weitläufig und detailliert wäre, möchte ich in diesem Fall auf die bereits öfter erwähnte ÖNorm B1600 verweisen und darauf aufmerksam machen, dass diese als Richtlinie für eine gerechte Demenzarchitektur unumgänglich ist.

Neben diesen baulichen Barrieren gibt es jedoch auch subjektive Hindernisse. Durch Mobilitätseinschränkungen verstärkte Ängste resultieren meist in Unsicherheiten, wodurch auf bestimmte Tätigkeiten oder Aktivitäten deswegen generell verzichtet wird. Reaktionen solcher Gefühle sind meist Schwindel- oder Übelkeitsgefühle, welche seitens einer älteren Person nicht selten als physische Krankheiten gewertet werden, allerdings auf einer psychischen Begrenzung basieren. Resultierend kann gesagt werden, dass bezugnehmend auf die physische Mobilität Gefühle eine wesentliche Rolle darstellen. Durch bauliche Erleichterungen kann so die Selbstsicherheit gefördert und Ängsten entgegen gewirkt werden, was wiederum zu einem emotional ausgeglichenen Befinden führt.

⁵³ <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/demenzarchitektur-zeit-hat-hier-keine-bedeutung-mehr-11745678.html>

Zugriff: 21.03.2013 18:10

⁵⁴ Österreichisches Normungsinstitut (ON), 2005, S. 3

Zusammenfassend und für die Planung einer Demenzeinrichtung relevant sind nicht nur die baulichen Prinzipien grob aufgeteilt in Sicherheit, Orientierung und Barrierefreiheit. Diese oben analysierten Bereiche bilden ein Grobkonzept zur Schaffung eines qualitativ hochwertigen Raums. Entscheidend für ein würdevolles und selbstständig erlebbares Umfeld ist vor allem die Psyche betreffende Vermittlung von Harmonie und Gefahrlosigkeit ausschlaggebend. Eine noch so gut architektonisch perfekt geplante Institution kann ohne den notwendigen sozialen Einklang nicht funktionieren und Primärziel sollte schließlich stets das persönliche Befinden der Bewohner sein. Die Kombination aus einfachen baulichen Prinzipien und anforderungsgerechter Betreuung kann zu einer Reduktion von aggressivem Verhalten, Depression und vor allem Medikation führen. Wissenschaftlich ist erwiesen, dass eine solche Form von Architektur therapeutisch wirkt und zukunftsweisende Richtung beim Thema Altenpflege darstellt.

10. PSYCHOLOGISCHE ERFORDERNISSE

Dieser Abschnitt soll sich mit den für das psychische Wohlbefinden relevanten Möglichkeiten und deren Auswirkung auf die Planung von demenzspezifischen Einrichtungen widmen. Wie bereits im Vorfeld analysiert, trägt Selbstsicherheit sowie Selbstständigkeit zu einem harmonischen Alltag wesentlich bei und minimiert sowohl Unzufriedenheit als auch Ängste und Aggression. Anhand der folgenden grundsätzlichen therapeutischen Maßnahmen, können kognitive Leistungsfähigkeiten, Motorik und Sinne angeregt und stabilisiert werden. Dies soll eine kurze Analyse der relevantesten psychologischen Erfordernisse sein und als Denkanstoß für Entwürfe dienen.

10.1 KLANG- UND LICHTTHERAPIE

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sowohl Klang als auch Licht eine positive Wirkung auf die Psyche eines Menschen besitzen und deswegen vermehrt zur Förderung der Entspannung auch bei Demenzkranken eingesetzt wird. Dabei kann mit Musik aber auch mit speziellen Klangschalen gearbeitet werden. Ziel hierbei ist es, den Körper in einen losgelösten Zustand zu bringen, so dass speziell im Fall von dementen Personen



Abb. 21 ... Klangschalen

Anspannungen und Ängste vergessen und entlastet werden. Der Mensch besitzt ein Schwingungsfeld, welches durch das Anschlagen dieser Klangschalen positiv beeinflusst wird, indem deren Wellen auf die körperlichen Flüssigkeiten übertragen werden. Durch diesen stetigen Schall wird der Körper in Einklang gebracht, was durch eine Entspannung des Herzschlags sowie der Atmung verdeutlicht wird. Diese Art der Therapie kann sowohl im Liegen als auch im Sitzen, als Gruppen- oder Einzeltherapie durchgeführt werden. Wichtig hierbei ist einerseits ein langsames Gewöhnen des Bewohners an die Situation aber auch ein ruhiges Umfeld, weshalb sich ein separater Raum mit bequemen Sesseln sowie einer Liege anbietet. Das Hören sowie das Spüren stehen im

Vordergrund und tragen nebenwirkungsfrei zu einer Verringerung der kognitiven Leistungsabnahme bei.⁵⁵

Ebenso ist es mit Licht, welches emotionale, visuelle und photobiologische Wirkungen aufweist und in Form von Therapien in vielen Lebensbereichen, wie beispielsweise bei so genannter Winterdepression, angewendet wird. Hierbei führt das über die Augen aufgenommene Licht zu einer Senkung des Müdigkeitsfördernden Melatonin-Spiegels. Fast ein Drittel der älteren Menschen leiden unter Schlaflosigkeit, welche in weiterer Folge zu Depressionen, Appetitlosigkeit und Unruhe führen kann. Gerade aus diesen Gründen ist Licht bei Demenzkranken ausgesprochen wichtig um ihnen den notwendigen Tagesrhythmus zu ermöglichen. Doch Licht ist generell für die Gesundheit eines Menschen grundlegend, da es die Bildung des körpereigenen Vitamin D beeinflusst, welches für die Stärkung der Knochen zuständig ist. Dies geschieht durch die Aufnahme der Strahlung über die Haut, weswegen regelmäßige Aufenthalte im Freien essentiell sind. Da gerade in den Wintermonaten dies nur erschwert möglich ist, gäbe es sogenannte Lichtboxen, in welchen die Sonne mittels speziellem Licht imitiert wird. Jedoch sind solche Einrichtungen sehr kostspielig und im Fall der Demenzerkrankten schwer durchzuführen, da ein langes und ruhiges Sitzen mit einer notwendigen Dauer von 30 bis 120 Minuten innerhalb eines solchen Raums kaum durchführbar ist. Alternativ gäbe es noch die Möglichkeit von Lichtdecken, welche Strahlen von 2000lx abgeben. Im Vergleich beträgt die Mindestanforderung an künstliches Licht 500lx. Dementsprechend teuer wäre die Ausstattung einer ganzen Demenzeinrichtung mit solchen Beleuchtungssystemen.⁵⁶



Abb. 22 ... Visueller Pfad über den Sehnerv zum Gehirn (grün)
Biologischer Pfad vom Auge zum Rückenmark (blau)

Die beste und zugleich günstigste Variante ist natürliches Licht, welches über Fenster und Öffnungen in den Raum fällt und abhängig von Grundriss- sowie Fassadengestaltung ist. Gesetzlich müssen 10% der Bodenfläche sämtlicher Aufenthaltsräume natürlich belichtet werden, wobei zur Schaffung eines

⁵⁵ <http://www.klangmassage-iek.de/startseite/34-start/73-klangmassage-fuer-menschen-mit-demenz.html>
Zugriff: 21.08.2014 19:27

⁵⁶ Heeg & al., 2010, S. 7ff

gesundheitsfördernden Umfelds großzügigere Belichtungsflächen angedacht werden sollten. Bei eingeschossigen Bauten kann dies durch zusätzliche Oberlichten, speziell in den Gängen, erzielt werden, aber auch eine weite Fensterfront im Gemeinschaftsraum bietet ausreichend Lichteinfall. Ein vorgelagerter Wintergarten, welcher gerade in den kalten Monaten zum Sitzen einlädt, bietet eine stark belichtete Zone. Beachtenswert bei sämtlichen bodentiefen Verglasungen sind die bereits erwähnten Querstreben, welche aus Sicherheitsgründen stets angebracht werden sollten.

Die Relevanz von Licht wird derzeit am Institut für Mikro- und Nanomaterialien an der Universität Ulm experimentell geprüft. Durch eine Bündelung von Laserlicht mit einem Bestandteil des grünen Tees, genannt Epigallocatechingallat, werden Beta-Amyloid-Plaques, welche sich in den Nervenzellen anhäufen, abgebaut. Diese Anhäufungen spielen eine wesentliche Rolle bei der Schädigung des Gehirns beispielsweise im Fall einer Erkrankung an Alzheimer. Derzeit finden diese Versuche rein experimentell ohne jeglichen Probanden statt, könnten jedoch in naher Zukunft bahnbrechend bei der Minimierung von dementen Symptome sein.⁵⁷

10.2 VERTRAUTHEIT

Wie bereits öfter erwähnt, benötigt ein Demenzkranker ein gewohntes und für ihn vertrautes Umfeld um sich sicher und geborgen zu fühlen. Je besser eine solche Ausführung gelingt, desto ruhiger und ausgeglichener kann das Verhalten eines Bewohners sein. Mobiliar sowie psychobiographische Gegenstände tragen wesentlich dazu bei.



Abb. 23 ... Mögliche Ausführung einer Fühlwand

Für zusätzliche Abwechslung sowie Beschäftigung, können Fühlwände sowie demenzspezifische Einrichtungen, wie das Memobil, angebracht werden. Deswegen sollte seitens der Architektur in sämtlichen Räumen ausreichend Platz dafür zur Verfügung stehen.

Tast- und Fühlwände helfen beim Gedächtnistraining. Durch das Er tasten und Spüren alltäglicher Gegenstände, wie Knöpfe, Ketten oder auch einen Schuh, wird das Erinnerungsvermögen angeregt und die Motorik angekurbelt. Die Ausführung solcher Wände variiert in Größe und Form, basiert jedoch auf dem Grundprinzip verschiedene Utensilien auf einer Platte anzubringen, welche wiederum an einer Innenwand montiert wird. In Kindergärten und Vorschulen finden solche Wände zum Näherbringen bestimmter Objekte sowie Materialien immer öfter Begeisterung. Auch in Pflegeeinrichtungen sollten Fühlwände zur therapeutischen Unterstützung beispielsweise in sonst leeren Gängen eingesetzt werden. Gerade unruhig umher wandernde demente Bewohner können hiervon während des Spazierganges zum Fühlen angeregt und in weiterer Folge beschäftigt und beruhigt werden. Architektonisch wird hierbei kein großer Aufwand benötigt, doch sollte bereits

⁵⁷ <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/alzheimer-forschung-mit-der-licht-pumpe-gegen-die-demenz-11590464.html>
Zugriff: 21.08.2014 19:45

beim Entwurf sichergestellt werden, dass hierfür eine genügend große Fläche frei von Öffnungen zur Verfügung steht.

„Section.a art.design.consulting“ haben in Zusammenarbeit mit dem Architektenteam „Gaupenraub“ das *Memobil* entwickelt, welches bislang das einzige Erinnerungs- und Kommunikationsmöbel speziell für Demenzkranke ist. Das Aussehen ähnelt einer alten Kredenz wie aus Großmutter's Zeiten. Versehen mit vielen Laden und Regalen, welche vertraute Gegenstände enthalten, besteht die Möglichkeit altes wieder neu zu entdecken. Von einem Nähkästchen über Bilder von alten Autos bis hin zu Kartenspielen. Das *Memobil* fördert die Kommunikation und schafft oftmals verlorengegangene Vertrautheit. Neben montierten Haltestangen für gebrechlichere Personen lädt das *Memobil* mithilfe eines integrierten Tisches sowie einer Couch zum Verweilen ein. „Es hält ein breites Beschäftigungs- und Kommunikationsangebot bereit, das in Form, Materialität, Farbigkeit und Funktionalität an Erinnerungen seiner NutzerInnen anknüpft.“⁵⁸ Leider ist die Nutzung des *Memobils* derzeit aufgrund der Größe aber auch der Kosten nur erschwert möglich. In einer Pflegeeinrichtung im 3. Wiener Gemeindebezirk fand ein Prototyp des *Memobils* Einzug, wurde jedoch kaum von den Bewohnern beachtet. Ein Pfleger erklärte, dass es den Bewohnern sehr fremd in Größe und Aussehen war, weshalb sich vorwiegend das Betreuungspersonal damit beschäftigte. Dennoch wäre der Ansatz der richtige und eventuell fände sich in naher Zukunft ein solches Möbelstück in jeder Demenzeinrichtung.⁵⁹



Abb. 24 u. Abb. 25 ... Memobil

⁵⁸ <http://www.sectiona.at/developing.php?id=355&lang=de>
Zugriff: 16.05.2014 17:03

⁵⁹ Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 12.06.2014

10.3 FREIHEIT

Sämtliche der zuvor genannten Punkte tragen wesentlich zur inneren Ruhe eines Demenzkranken bei. Dennoch ist der größte psychologische Faktor die eigene Freiheit. Bereits 1755 erklärte Jean-Jacques Rousseau: „Es ist also nicht so sehr der Verstand, der den spezifischen Unterschied des Menschen gegenüber den anderen Tieren bildet, als vielmehr seine Eigenschaft der Handlungsfreiheit. Die Natur befiehlt jedem Lebewesen, und das Tier gehorcht. Der Mensch verspürt denselben Drang, doch er erkennt sich als frei, ihm nachzugeben oder zu widerstehen; und vor allem in dem Bewußtsein dieser Freiheit zeigt sich die Geistigkeit seiner Seele;“⁶⁰

Nach bisheriger Analyse sämtlicher therapeutischer sowie psychologischer Maßnahmen zur Schaffung eines lebenswerten und harmonischen Umfeldes, kann gesagt werden, dass all diesen Handlungen das Gefühl der persönlichen Freiheit zugrunde liegt. Fühlt sich ein Bewohner in seinem Handeln eingeschränkt, so wird er mit der Situation unzufrieden werden, unruhig und in weiterer Folge depressiv oder aggressiv. Selbstverständlich unterliegt ein dementer Mensch innerhalb einer Einrichtung stets einer gewissen Kontrolle durch Betreuer, doch sollten diese in ihren Tätigkeiten die Selbstständigkeit der Bewohner unterstützen und einschränkende Maßnahmen so gut es geht verbergen. Als Beispiel kann meine Beobachtung des weglaufenden Bewohners während meines Besuches der Demenz-WG herangezogen werden. Dieser spazierte vorerst im Garten, bis er das Tor öffnete und Richtung Ausgang weiter schlenderte. Durch das angebrachte Alarmsystem ertönte ein für den Bewohner nicht hörbares Signal beim Pfleger, welcher den Mann ruhig und ohne Drängen wieder in den Garten zurück führte. Dabei fragte er ihn, ob er denn seinen Kaffee bereits ausgetrunken hätte, um dem dementen Menschen so das Gefühl zu vermitteln, dass dies der Grund für seine Wiederkehr wäre. Auch in den Demenzdörfern bleibt den Bewohnern die Freiheit ihren Tag nach ihren Vorstellungen zu gestalten. So können diese jederzeit ihre Wohngruppe verlassen und sich innerhalb der Anlage frei bewegen, einkaufen gehen oder den Friseur besuchen. Auch hier gibt es eine Kontrolle durch das nach außen hin geschlossene Dorf. Jedoch wird diese aufgrund baulicher Maßnahmen – der Haupteingang liegt etwas versteckt – von den Bewohnern kaum wahrgenommen.

Zielsetzend bei einer Demenzeinrichtung ist die Fertigung eines sicheren, jedoch für den Bewohner frei wirkenden Milieus unter Einbeziehung sämtlicher notwendiger Maßnahmen zur Erfüllung eines qualitativ hochwertigen Lebensalltags mit der Krankheit Demenz – sei es durch architektonische Maßnahmen wie bei De Hogeweyk oder seitens einer unterstützenden Betreuung wie es in Wien der Fall ist.

„Die Freiheit des Menschen liegt nicht darin, dass er tun kann, was er will, sondern dass er nicht tun muss, was er nicht will.“⁶¹

⁶⁰ Jean Jaques Rousseau, 1998, S. 45

⁶¹ Jean Jaques Rousseau (1585), zit. in: Knischek, 2005, S. 305

11. BETREUUNGSFORMEN

In Österreich lebt etwa ein Drittel der über 75jährigen in Miet- oder Eigentumswohnungen. Gerade in den Großstädten wie Wien handelt es sich dabei vorwiegend um ältere Zins- oder Nachkriegsbauten, bei welchen eine barrierefreie Sanierung meist nur verbunden mit hohen Kosten und großer Erschwernis zum Beispiel beim Lifteinbau möglich ist. Hinzu kommt, dass auch eine altersgerechte Adaptierung der Wohnungen oder die Umsiedlung in eine neue hindernisfreie Wohnung für die Bewohner kaum leistbar ist. Es leben immer noch „4,5% (24.000) der über 75-Jährigen in Wohnungen der Kategorie D, also in Wohnungen, in denen entweder eine Wasserentnahmestelle oder das WC fehlt. 2,5% (13.700) nutzen Wohnungen der Kategorie C (eine Wasserentnahmestelle sowie ein WC sind vorhanden)“⁶² Da die Wohnsituation stets als subjektiv betrachtet wird, sind solche teilweise problematischen Verhältnisse für den jeweiligen Bewohner meist nicht als solche erkenntlich. Nicht selten möchte eine Tochter ihre Mutter aufgrund solcher Gegebenheiten in ein Wohnheim übersiedeln, wohingegen die Seniorin ihres Erachtens immer schon so gelebt hat und eine Änderung deswegen nicht einsieht. Oftmals entwickeln sich jedoch solche Problematiken zu ernsthaften Gefahrenquellen und gefährden Sicherheit sowie Gesundheit des Betroffenen. Da ein Großteil der älteren Gesellschaft bis hin zu einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit vorwiegend in der eigenen Wohnung verbleibt, ist es umso wichtiger, künftig von Beginn an altersgerechte Wohnhäuser zu errichten.

	Insgesamt	Ausstattungskategorie der Wohnung			
		Zentralheizung u. ä., Bad/Dusche, WC ('A')	Bad/Dusche, WC ('B')	WC und Wasser- entnahme in der Wohnung ('C')	kein WC oder keine Wasserinstallation in der Wohnung ('D')
	Absolut	in % (Spaltensumme = 100)			
Insgesamt					
Insgesamt	3.307.780	86,7	9,0	1,0	3,3
Alter des Haushalts- repräsentanten (in Jahren)					
15 - 19	13.487	82,9	10,7	1,5	4,9
20 - 24	98.376	86,4	9,0	0,8	3,8
25 - 29	207.225	88,6	7,6	0,6	3,2
15 - 29	319.088	87,7	8,2	0,7	3,5
30 - 34	330.842	89,9	6,9	0,5	2,7
35 - 39	376.598	90,1	6,9	0,5	2,6
40 - 44	350.227	89,7	7,1	0,5	2,7
30 - 44	1.057.667	89,9	7,0	0,5	2,7
45 - 49	300.146	88,4	7,7	0,6	3,3
50 - 54	301.164	87,6	8,1	0,7	3,6
55 - 59	268.078	88,1	8,2	0,7	3,0
45 - 59	869.388	88,0	8,0	0,7	3,3
60 - 64	268.617	87,2	9,0	0,9	2,9
65 - 69	202.805	84,5	11,1	1,1	3,3
70 - 74	209.733	82,8	12,3	1,5	3,4
60 - 74	681.155	85,1	10,7	1,1	3,2
75 - 79	193.971	80,3	13,4	2,1	4,1
80 - 84	103.507	77,0	14,6	3,1	5,2
85 - 89	60.064	71,5	15,8	5,0	7,7
90 - 94	19.955	67,8	16,1	6,5	9,6
95 und älter	2.985	65,2	15,7	8,0	11,0
75 und älter	380.482	77,3	14,3	3,1	5,3

Abb. 26 ... Hauptwohnsitzwohnungen nach Ausstattungskategorie sowie Alter

⁶² Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 33

Neben dieser Form der Altersversorgung innerhalb der eigenen vier Wände gibt es weitere Betreuungsmodelle, welche im Nachfolgenden erläutert und ihre architektonischen Beziehungen analysiert werden sollen. Dabei ist eine barrierefreie Ausführung all dieser Voraussetzung und soll nicht extra angesprochen werden. Die hier erwähnten Formen eignen sich selbstverständlich auch für Demenzerkrankte, wobei anzumerken ist, dass gerade bei dieser Erkrankung darauf spezialisierte Einrichtungen stets von Vorteil für die Betreuung sowie den Demenzerkrankten selbst sind.

11.1 TAGESZENTRUM

Die einfachste und kostengünstigste Variante ist das Tageszentrum, in welchem ältere Personen zeitabhängig Betreuung sowie Beschäftigung finden. Dabei können diese von Angehörigen oder einem Fahrtendienst von der eigenen Wohnung abgeholt werden und Montag bis Freitag einem strukturierten Tagesablauf folgen. Ziel dabei ist, speziell isolierten Menschen soziale Kontakte innerhalb Beschäftigungs-, Therapiegruppen oder den gemeinsamen Mahlzeiten zu ermöglichen. Auch Unterstützung bei der Körperpflege sowie auf verschiedene Krankheiten spezialisierte Behandlungen werden angeboten.

Wie der Name bereits sagt, handelt es sich hierbei um eine ausschließlich tagsüber stattfindende Betreuungsform. Die Kosten richten sich dabei meist nach der Pflegestufe sowie des Einkommens und betragen in Wien etwa 20€ pro Tag zuzüglich eines kleinen Beitrags für das Essen.

Aus architektonischer Sicht ist diese Art der Einrichtung recht unkompliziert. Ausreichend Gruppen- sowie Therapieräume sollten angedacht werden. Des Weiteren eignen sich stets kleinere Gärten oder begrünte Innenhöfe um den Zugang zur Natur zu gewähren, sowie eine Großküche und einige Nasszellen. Es bietet sich an Tageszentren in Wohn- oder Pflegeheimen zu integrieren, um so eine gemeinsame Nutzung der Räumlichkeiten zu ermöglichen.

11.2 WOHN- UND PFLEGEHEIM

Vorn weg ist die Unterscheidung zwischen einem Wohn- und einem Pflegeheim wesentlich. Ersteres dient vorzugsweise dem Wohnen und bietet sich für Senioren, welche wenig pflegebedürftig, eigenständig mobil und nur wenig Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen benötigen, an. Meist handelt es sich um einen eigenen Schlafraum mit Sanitärräumen, jedoch ohne Küche, da kein eigener Haushalt von Nöten ist. Ziel eines Wohnheimes ist stets die Unterstützung sozialer Kontakte und die Möglichkeit einer sicheren Wohnumgebung. Ein Pflegeheim wiederum widmet sich vor allem pflegebedürftigen Menschen, welche voll-, teilstationär (d.h. nur nachts) oder auch nur tagsüber betreut und versorgt werden.

Derzeit leben etwa 7% der über 80jährigen in Heimen, welche von privaten Organisationen, städtischen oder kirchlichen Einrichtungen betrieben werden.⁶³ Das Angebot an therapeutischer, sozialer und medizinischer Betreuung variiert und die Wartelisten sind meist sehr lang. Des Weiteren

⁶³ Bundeministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 77

wurden in den letzten Jahren beispielsweise in Niederösterreich zahlreiche Wohn- in Pflegeheime umgewandelt, wodurch die Betreuungsmöglichkeit reduziert wurde. Folgend gibt es durch die notwendigen Voraussetzungen, wie einer gewissen Pflegebedürftigkeit, Einschränkungen der Platzverteilung, wodurch viele ältere Menschen gezwungen werden in ihren eigenen Wohnungen oder Häusern zu verbleiben, welche jedoch zumeist nicht altersgerecht ausgestattet sind. Dadurch erhöhen sich wiederum das Unfallrisiko und die Gefahr langfristiger körperlicher Schädigungen, wodurch eine Übersiedlung in ein Pflegeheim von Nöten wird. Durch die statistisch steigenden alternden Generationen bleiben allerdings nicht genügend Pflegeplätze über, um neben den allgemein anfallenden Pflegefällen zusätzliche Unfallpatienten aufzunehmen. Diese Folgerung zeigt, wie wichtig die ausreichende Schaffung geeigneter und auch krankheitsspezifischer Alterseinrichtungen ist.

Bezogen auf die Architektur ist die Ausführung von einem Wohnheim ähnlich beispielsweise einem Studentenheim. Kleinere Wohneinheiten mit jeweils einem Schlaf-, Wohn- sowie Sanitärbereich knüpfen an zentral gelegene Gemeinschaftsküchen und –räume an. Neben einem besonderen Augenmerk auf eine altersgerechte sowie hindernisfreie Ausstattung sollten ausreichend Notfallsysteme installiert werden. Therapie- und Behandlungsräume können in Kombination mit einem angeschlossenen Pflegeheim oder Tageszentrum gemeinsam genutzt werden. Durch diese Verbindung ergeben sich gemischte gesellschaftliche Begegnungen, welche für einen abwechslungsreichen Alltag sorgen. Hinsichtlich Demenzkranker eignen sich Wohnheime vorwiegend im Anfangsstadium für ein selbstständiges Wohnen mit den notwendigen Sicherheitsvorkehrungen, bieten allerdings im Fall auftretender Pflegebedürftigkeit einen vereinfachten Umzug in das anschließende Pflegeheim ohne großartige Änderung des gewohnten Umfelds. Es sollten daher sämtliche bislang angeführten demenzspezifischen Punkte auch innerhalb eines Wohn- oder Pflegeheimes stets berücksichtigt werden.



Abb. 27 ... Beispiel eines Pflegeheims für Demente in Herbolzheim, Deutschland

11.3 DEMENZ-WGS

Wie bereits am Beispiel in Wien erörtert, gibt es in Österreich verschiedenste Ausführungen dieser Wohngemeinschaften. Architektonisch gesehen, variieren die Raumanordnungen beispielsweise anhand der Zimmergrößen oder der vorhandenen Sanitäreinrichtungen. Oft gilt es Bad und WC mit anderen Bewohnern zu teilen, bei manchen Einrichtungen verfügt wiederum jeder Schlafräum über eine private Nasszelle. Alle basieren jedoch auf dem gleichen Prinzip: die Tagesstruktur und Betreuung orientieren sich an den Bewohnern und sind daher wesentliche Bestandteile des Erfolgs einer solchen Wohngemeinschaft. Nähere Angaben zur Architektur einer Demenz-WG werden im folgenden Kapitel *12. Architektonischer Entwurf* erläutert.

11.4 SENIORENRESIDENZ

Diese Wohnform ist sozusagen die Luxusklasse und besteht aus teuer ausgestatteten Wohnungen mit verschiedenen Betreuungspaketen. Diese beginnen bei Notfallversorgung sowie Hausmeistertätigkeiten und sind bis zur Vollzeitpflege möglich. Das aktuelle Eintrittsalter beträgt ab 65 Jahren. Da diese Art der Altersversorgung sehr teuer ist, empfiehlt es sich bereits im Vorfeld einen entsprechenden Finanzierungsplan anzulegen, da im Falle fehlender Leistbarkeit eine Übersiedelung notwendig wird. Bei der architektonischen Ausführung sind keine Grenzen gesetzt, sofern das Wohnhaus altersgerecht und barrierefrei geplant ist. Oft werden Freizeiteinrichtungen wie Kegelbahnen oder Veranstaltungsräume integriert, aber auch Wellnessseinrichtungen finden großen Anklang. Da die Vorsorge für das Alter heutzutage eher erschwert möglich ist, rangiert diese Betreuungsform eher an den hinteren Positionen und wird gern mit Eigentumswohnhäusern oder Institutionen mit Betreutem Wohnen verknüpft.

11.5 BETREUTES WOHNEN

Es gibt weder eine einheitliche Definition noch Grundkriterien die das sogenannte Betreute Wohnen erörtern. Grundsätzlich gesehen handelt es sich hierbei um altersgerechte und barrierefreie Wohnungen, welche mit einem Notrufsystem ausgestattet sind und je nach Wunsch des Bewohners zusätzlich auch auf Abruf betreut werden können. Dabei kann grundsätzlich von einer Primärbetreuung ausgegangen werden und jegliche Mehrleistung, wie zum Beispiel eine Hauswirtschaftshilfe, hinzu gekauft werden. Ziel dieser Form ist die Selbstständigkeit des älteren Menschen so lange es geht und durch entsprechende Unterstützung zu bewahren. Dementsprechend wird das Wohnen gegenüber der Pflege als Priorität gewertet und daher auch oftmals mit gefördertem Wohnbau kombiniert. Zweck dieser Mischung ist die Bildung einer sozialen Gemeinschaft. Durch ein angrenzendes Pflegeheim kann eine eventuelle Übersiedelung, beispielsweise aufgrund von erhöhter Pflegebedürftigkeit, durch die gleichbleibende Umgebung zusätzlich unterstützt werden.

Ein neues Konzept bietet Betreutes Wohnen am Bauernhof, bei dem zwei bis drei Wohnungen in einen bestehenden Hof eingegliedert werden. Die Betreuung erfolgt durch ein geschultes Familienmitglied des Landwirts. Positiv wirkt sich diese Variante hinsichtlich der familiären

Einbindung sowie der Nähe zur Natur aus, doch Kritik liegt in den enormen Sicherheitsvorkehrungen und den damit verbundenen Kosten, welche den gesamten Hof betreffen.

Für Demenzerkrankte ist das Betreute Wohnen als Altersvorsorge langfristig gesehen angesichts der fehlenden Rundumbetreuung nur erschwert möglich.

Seitens der Architektur ist die Schaffung eines Hybridbaus bestehend aus Genossenschafts- oder Eigentumswohnungen zusammen mit Wohnungen mit Betreutem Wohnen zukunftsweisend. Eine spätere Adaptierung einer ursprünglichen Familienwohnung könnte den Wunsch des Verbleibs in der eigenen Wohnung wesentlich vereinfachen. Sollte ferner die Möglichkeit der Anbindung an ein Pflegeheim bestehen, wäre dies ein Konzept, welches hinsichtlich einer prinzipiellen Altenbetreuung, jedoch nicht gemäß einer Demenzarchitektur, anzustreben wäre. Im Falle von Demenz sind aus bereits mehrmals erörterten problematischen Folgen der Krankheit Einrichtungen von Nöten, welche hinsichtlich Therapie, Betreuung aber auch Architektur diesen speziellen Bedürfnissen angepasst sind.

12. ARCHITEKTONISCHER ENTWURF

Die Demenzarchitektur erfordert neben den üblichen Planungskriterien für Pflegeeinrichtungen, wie die Einhaltung der behindertengerechten Ausführung sowie die Einbindung von Betreuungspersonal, wichtige räumliche Aspekte um vor allem die psychischen Bedürfnisse der Demenzkranken zu erfüllen. Diese sollen in dem folgenden Abschnitt anhand von Demenzdörfern nach niederländischem Vorbild sowie einer Demenz-WG der Caritas Socialis in Wien erfasst und zu möglichen Entwurfsformen analysiert werden. Dabei ist anzumerken, dass diese hier angesprochenen Perspektiven nur ein grobes Kompendium der Möglichkeiten, welche ein an Demenz erkrankter Mensch benötigt, darstellt. Bei dieser speziellen Form der architektonischen Planung sollten all diese Ansichten zusammen mit individuellen Bedürfnissen dem realen Entwurf stimmig und adäquat angepasst werden und in den generellen Anforderungen einer Pflegeeinrichtung integriert werden.

Um die Erfordernisse eines Demenzkranken zu erörtern, benötigt es Verständnis für die architektonischen Kontinuitäten dieser Krankheit. Wie bereits erwähnt, bewirkt die Krankheit einen Verlust der Nervenzellen im Gehirn und dem damit verbundenen Rückgriff des Erinnerungsvermögens auf die prägendsten ersten 20 Lebensjahre. Dies führt mit sich, dass die Gegenwart plötzlich fremd wirkt, wodurch ein wichtiges Kriterium bei der Demenzarchitektur die Schaffung einer vertrauten Umgebung ist. In Demenzdörfern wird diese Empfindung durch Schaffung eines in der Jugend erlebten Umfeldes der Betroffenen erzeugt. Ein heute 60jähriger Senior benötigt demnach eine Innenarchitektur wie sie in den 1970er Jahren modern war: großgemusterte Tapeten, stilgerechte Möbel und alles in Farben von Grün, über Orange bis hin zu Ocker. Daher benötigt ein Demenzdorf stets mehrere Einheiten, welche sich nach dem Alter der Betroffenen und ihrer in der Vergangenheit erlebten Innenraumgestaltung richten. „Wer das Frankfurter Julie-Roger-Haus betritt, begibt sich auf die Zeitreise in eine romantisierte Welt der zwanziger und dreißiger Jahre. Durch das gepflegt möblierte Foyer klingen alte sehnsuchtsvolle Chansons, Kronleuchter spenden dezentes Licht. Gleich könnte Marlene Dietrich im schwarzen Kleid den Raum betreten, sich, lasziv die

Zigarette zwischen den Fingerspitzen, ans Klavier stellen und singen. Die Standuhr neben dem Piano zeigt seit Jahren zwölf Uhr. Die Mitglieder der Demenzgruppe stört das nicht. Für sie hat Zeit keine Bedeutung mehr. Dafür aber die Erinnerung.“⁶⁴



Abb. 28 ... Beispiel einer Demenzeinrichtung

In den Demenz-WGs der Caritas Socialis herrscht eine ähnliche Situation. Hier wird dieses persönliche Umfeld jedoch durch die Mitnahme von privaten Möbeln ermöglicht. Die Schlafräume werden deswegen leer zur Verfügung gestellt und sollen, den Wünschen und Vorstellungen der künftigen Bewohner entsprechend, von ihnen oder ihren Verwandten eingerichtet werden. Auch im Wohnraum findet so mancher Fernsehsessel oder eine Vitrine einen Platz.

Neben diesen einfachen Aspekten ist auch der biographische Hintergrund ein essentieller Bestandteil der Gruppen- und Raumeinteilung. Eine Frau, welche während des zweiten Weltkriegs in einem Konzentrationslager gefangen war, könnte panische Angst beim Anblick einer Dusche bekommen, da sie diese mit der Gaskammer assoziiert. Andere mögen keine blaue Farbe, obwohl diese als beruhigend gilt. Daher ist es ratsam bereits im Vorfeld auf diese möglichen Gegebenheiten einzugehen und beispielsweise Badezimmer partiell mit Dusche beziehungsweise Badewanne auszustatten oder Wände mittels Lichtinstallationen mit der jeweils erforderlichen Farbe anzustrahlen.

All diese Dispositionen richten sich gewiss auch nach der Schwere der Erkrankung. Im Wesentlichen wird hierbei zwischen den sogenannten Stufen Leichte und Starke Demenz unterschieden. Die Planung der notwendigen Räumlichkeiten ist bei ersterem anspruchsvoller, da das Pflegepersonal großteils nur im Hintergrund agiert und die Patienten sich möglichst frei und selbstständig bewegen und handeln sollten. Selbstverständlich bleibt jedem Planer offen, Institutionen nach Bedarf der

⁶⁴ <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/demenzarchitektur-zeit-hat-hier-keine-bedeutung-mehr-11745678.html>
Zugriff: 21.03.2013 18:10

Pflege zu gestalten, da jedoch die Krankheit, wie bereits bemerkt, ohne vorhersagbare Dauer stets zu unablässiger Pflegebedürftigkeit führt, wäre es von Vorteil, wenn ein Wechsel des eigenen Zimmers verzichtbar wäre und das demente Leben wie auch die damit verbundene Pflege einen fließenden Übergang bilden. Dadurch könnte eine zusätzliche psychische Belastung durch die Veränderung der bislang vertrauten Umgebung vermieden werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Raumaufteilung einer Demenzeinrichtung die wesentlichste Rolle in der gesamten Planung darstellt. Da Demenz eine schleichende Krankheit ist, welche einen Betroffenen von Beginn an bis zu dessen letzten Atemzug in einer Demenzeinrichtung begleitet, sollte auch das dort gewonnene Gefühl des ‚zuhause seins‘ durch Stetigkeit der Zimmer beständig sein um aggressives und unruhiges Verhalten zu minimieren.

Im nun Folgenden möchte ich die bislang schlicht angesprochenen Aspekte der Planung detaillierter und punktueller, basierend auf den Erkenntnissen durch niederländische Demenzdörfer sowie den Demenz-WGs der Caritas Socialis in Wien, ins Auge fassen. Dabei möchte ich das wichtigste Element der Architektur entsprechend den Anforderungen auffächern: den Raum.

Dieser gliedert sich in drei Kategorien:

- Die Wohngruppe
- Der Garten
- Allgemeine Räume

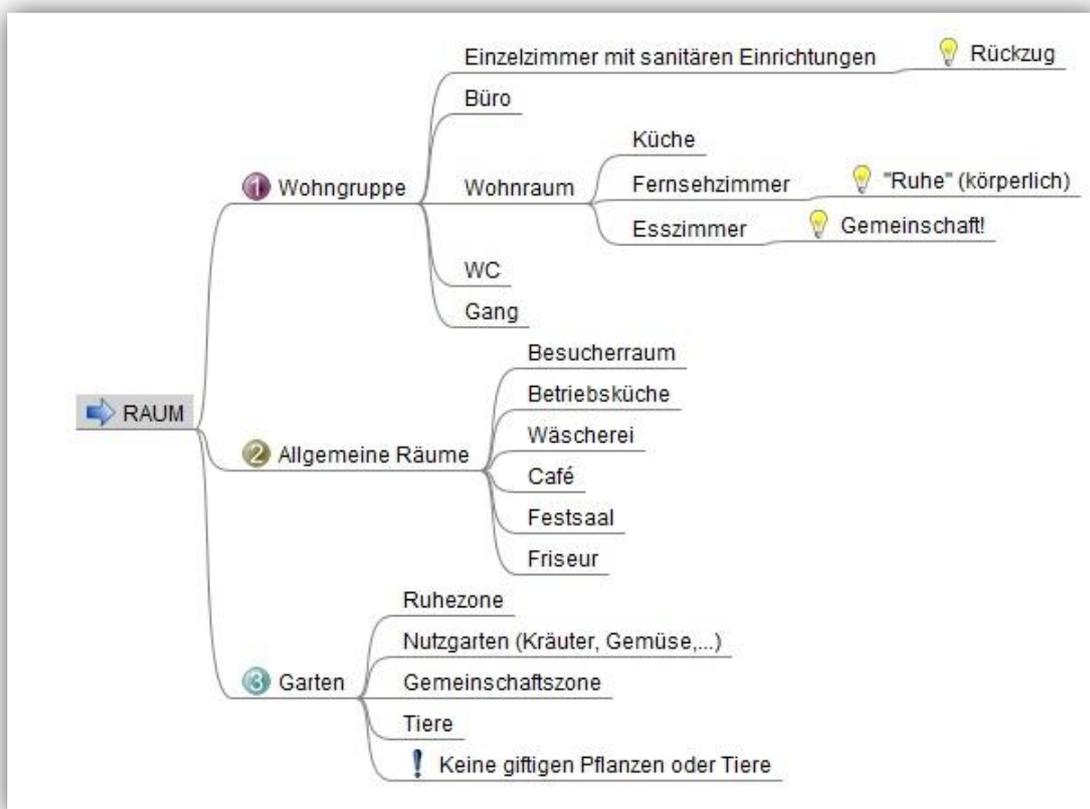


Abb. 29

12.1 DIE WOHNGRUPPE

Eine Wohngruppe setzt sich aus folgenden Räumen zusammen:

- Einzelne Schlafräume
- Sanitäre Einrichtungen
- Großzügiger Gemeinschaftsbereich
- Zimmer für die Betreuer
- Erschließung

Die ideale Größe einer solchen Einheit differenziert weltweit und konnte bislang wissenschaftlich nicht konkret belegt werden. Im Mittelmaß kann jedoch von 8-12 Bewohnern gesprochen werden, wobei kleinere Gruppen oftmals positivere Auswirkungen auf die Bewohner aufzeigten. In De Hogeweyk besteht eine Wohngruppe aus 6 Personen während in den Demenz-WGs diese zwischen 6 und 8 Bewohnern variiert.

An der unten abgebildeten Tabelle wird der weltweite Unterschied erkenntlich. Der Durchschnitt befindet sich hierbei bei einer Gruppengröße von mindestens 8 und maximal 12 Personen.

■ Gruppengröße		
Australien	CADE Unit	8-10/14 Bewohner
Deutschland	Residential Groups	6-15 Bewohner
England	Domus philosophy	9-12 Bewohner
Frankreich	Cantou	12-15 Bewohner
Japan	Group Homes	5-9 Bewohner
Kanada	Special Care Facility	10 Bewohner
Kanada/USA	Woodside place	8-15 Bewohner
Niederlande	Group Living	6-8 Bewohner
Schottland	Care Housing	8-12 Bewohner
Schweden	Group Living	5-9 Bewohner
USA	Green House	7-10 Bewohner

Abb. 30

Generell sollte sich in Hinsicht der Barrierefreiheit aber auch der notwendigen Sicherheit die Einrichtung ebenerdig befinden und aus mehreren einzelnen Einheiten (d.h. Wohngruppen) bestehen. Diese sollten unabhängig voneinander geführt werden, können jedoch untertags allen Bewohnern zugänglich sein, weshalb zwecks der Übersicht eine Minimierung dieser Gesamtheit auf vier Wohngruppen vorteilhaft wäre.

Die Raumanordnung sollte einfach, die Räume klar strukturiert und ihre Funktion eindeutig

erkennbar sein. Dies kann durch entsprechende Beschilderung, beispielsweise für das WC, erfolgen. Nähere Möglichkeiten zur Raumanordnungen folgen.

Die Privatzimmer der Bewohner sollten, wie oben schon angesprochen, nach dem jeweiligen biographischen Hintergrund individuell gestaltbar sein und einen Rückzugsort darstellen. Die Größe ist, ähnlich der der Wohngruppe, weltweit verschieden. In den Demenz-WGs in Wien entspricht diese etwas zwischen 13 und 16qm. Dadurch wird zwar ausreichend Platz geboten, gleichzeitig jedoch durch die gewisse Platzbeschränkung einer möglichen Abschottung entgegen gewirkt. Die Zimmer sollten großteils als Schlafräume und nicht zum durchgehenden Aufenthalt genutzt werden. Dies fördert den sozialen Kontakt, stärkt die Gemeinschaft und verhindert eine eventuell auftretende Isolation des Bewohners.

Die Individualität der Zimmer wird durch eine persönliche Inneneinrichtung erreicht, kann jedoch auch beispielsweise mittels Farbtherapie verstärkt werden. Je nach persönlicher Wahrnehmung können die Wände des Raums farblich oder mit Musterung gestaltet werden. Um hierbei nicht ständig nach den jeweiligen Empfindungen des Bewohners neu streichen zu müssen, eignen sich Lichtinstallationen beispielsweise mittels LED-Technik um die Wände einfach entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse anzustrahlen. Verschiedene Farben oder auch Muster können erzeugt werden und bewirken so zusätzliche emotionale Vertrautheit. Studien zufolge konnten durch diese Art der individuellen Raumgestaltung Medikationen sowie Aggressionen deutlich reduziert werden.

Genauso bedeutsam wie Farbe kann Klang sein. „Im Zimmer eines ehemaligen Schreiners zum Beispiel erzeuge man zeitweise die Geräusche von Sägen, den Mittagsschlaf einer Naturfreundin untermale Windrauschen und Vogelzwitschern.“⁶⁵ Dies trägt nicht nur zur Beruhigung bei sondern kann auch als Orientierungshilfe dienen.

Den Einzelzimmern gegenüber bzw. angrenzend und deutlich gekennzeichnet sollten die sanitären Einrichtungen sein. Es ist nicht zwingend notwendig für jeden Bewohner eine eigene Nasszelle zu planen. In den Demenz-WGs in Wien beispielsweise teilen sich 3 bis 4 Personen jeweils eine Dusche sowie ein WC. Es empfiehlt sich eine räumliche Trennung der Beiden vorzusehen und die Ausstattung selbstverständlich behindertengerecht – mit Haltegriffen und entsprechenden schwellenlosen Duschen bzw. Sitzbadewannen – sowie mit rutschfesten Belägen auszuführen. Es ist durchwegs möglich innerhalb einer Wohngruppe zwei Waschräume mit jeweils einer Dusche und einer Badewanne zu planen, da dies zusätzliche Entscheidungsfreiheit den Bewohnern gegenüber veräußert.



Abb. 31

Das Zimmer des Pflegepersonals sollte vorzugsweise funktional gestaltet sein und möglichst geeignet zu den Schlafräumen situiert sein. Ausgestattet mit einem Schreibtisch, einem Bett sowie Schränken, dient dieser Raum vorzugsweise der Verwaltungsarbeit sowie einer Rückzugsstelle während des

⁶⁵ <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/demenzarchitektur-zeit-hat-hier-keine-bedeutung-mehr-11745678.html>
Zugriff: 21.03.2013 18:10

Nachtdienstes. Eine angrenzende Nasszelle, Blickbeziehung zum Wohnraum und die Nähe zum Eingangsbereich müssen auf alle Fälle beim Entwurf berücksichtigt werden. Ebenso Anschlussmöglichkeiten für die notwendigen Alarmsysteme, aber auch Erste-Hilfe-Vorrichtungen sollten gegeben sein.

Zentral in der Wohngruppe gelegen befindet sich die Gemeinschaftszone, bestehend aus Küche, Essplatz und Wohnraum. Es empfiehlt sich, diesen Bereich ähnlich einer Wohnküche als ein großzügig gestaltetes Zimmer, mit etwa 6m² Zirkulationsfläche pro Bewohner, auszuführen, da die Übersichtlichkeit und Kommunikation dadurch positiv beeinflusst wird. Zudem bietet es den Demenzkranken mehr Ablenkungs- sowie Abwechslungsmöglichkeiten im Vergleich zu einzelnen auf die jeweilige Funktion reduzierten Räumen und kann jederzeit für Gruppenaktivitäten genutzt werden. Dieser Bereich ist zugleich der wichtigste, in welchem die Bewohner den Großteil ihrer Zeit in Verbindung mit den gemeinschaftlichen Tätigkeiten verbringen sollten. Eine offene Küche mit Blick zum restlichen Wohnraum mit eventuell einer vorgelagerten Kochinsel und zusätzlichen Sitzplätzen lädt zum Mitkochen oder auch nur zum Zuschauen ein und unterstützt die Sinnesleistungen. Zusätzlich ermöglicht sie den kochenden Betreuern die Übersicht über die Bewohner zu behalten. Ein geräumiger Esstisch fördert das soziale Umfeld und ermöglicht ausreichend Platz zum gemeinschaftlichen Essen. Dies bildet eine Struktur im alltäglichen Leben und wird von den meisten Demenzerkrankten mit Erinnerungen verbunden. „Die Esskultur spielt eine wesentliche Rolle als Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität. Bei der Gestaltung des Menuplans [sic!] ist es wichtig, die Bewohnerinnen und Bewohner mit einzubeziehen. Essen muss Freude machen!“⁶⁶

Die Einrichtung richtet sich, wie bereits oben erwähnt, nach den jeweiligen Bewohnern, sollte jedoch genügend Platz zum Umherwandern sowie für eventuelle Rollstühle verschaffen. Es bietet sich an eine zusätzliche Toilette unmittelbar anschließend zu situieren, da mittels stetigen Blickkontakts durch die Bewohner die Nutzung dieser angeregt wird.

Tägliche Arbeiten wie putzen, waschen, kochen oder im Garten arbeiten sollten seitens der Betreuer angeboten und Bewohner so zum Mitmachen ermutigt werden. Dies fördert Gedächtnisfunktionen, stimuliert die Sinne und trägt wesentlich zu Behaglichkeit und Ruhe bei.

Die Erschließung der Schlafräume und der Gemeinschaftszone sollte übersichtlich, kurz und mit 1,20m Breite behindertengerecht geplant werden. Diese Gänge können zusätzlich mit Fühlwänden, Bildern oder Sitzgelegenheiten ausgestattet werden. Sollte sich so ein Bewohner versehentlich dorthin ‚verlaufen‘, so kann mittels dieser Beschäftigung unsicherem oder aggressivem Verhalten entgegen gewirkt werden.



Abb. 32, Abb. 33, Abb. 34 u. Abb. 35... Tägliche Hausarbeiten in einer Demenzeinrichtung in England

⁶⁶ Urs Leuthold, 2009, S. 25

12.2 DER GARTEN

Der Gemeinschaftsbereich der Wohngruppe sollte sich auf jeden Fall zu einem Freibereich öffnen. Eine vorgelagerte Terrasse mit einem eingezäunten Garten, welcher jederzeit zugänglich ist, bietet notwendigen Freiraum und ermöglicht den therapeutisch essentiellen Zugang zur Natur. Gemüse- und Kräutergärten können zusätzlich zur Beschäftigungstherapie angelegt werden. Es ist von Vorteil für die Belichtung sowie dem Blickkontakt diesen Zugang mittels verglasten Terrassentüren zu gestalten, wobei auf das Anbringen von Quersprossen, geachtet werden sollte, um ein mögliches Durchgehen-wollen im geschlossenen Zustand zu verhindern.

Jeder Wohngruppe sollte ein eigener Gartenbereich zur Verfügung stehen, welcher jedoch jederzeit Bewohnern anderer Einheiten zugänglich ist. Dadurch verstärken sich die Sozialstrukturen und ein individuelles Gestalten der jeweiligen Gärten erhöht die Abwechslung. So kann einer der Bereiche einen Obstbaum enthalten, während in einem anderen eine Hollywoodschaukel zum Verweilen einlädt. Durch diese Individualisierung ergeben sich zusätzliche Orientierungspunkte, welche den Bewohnern ein Auffinden der eigenen Wohngruppe erleichtern können. Ausreichend Sitzgelegenheiten für sämtliche Witterungsverhältnisse sollten bedacht werden um einen Besuch der Natur zu jeder Jahreszeit zu ermöglichen. Frei nach dem Motto: „es gibt kein schlechtes Wetter, nur unpassende Kleidung!“⁶⁷

Natur bietet eine therapeutische Umgebung indem es Empfindungen, Wahrnehmungen und Aktivität unterstützt. Körperliche Betätigungen fördern zudem die Gesundheit, tragen wesentlich zur Kommunikation bei und vermitteln Sicherheit und Geborgenheit, essentielle Aspekte beim Thema Demenz.



Abb. 36 ... Animation des Hofgartens im ‚Tall Trees Pflege-Zentrum‘ in Oxfordshire, England

⁶⁷ http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_vortrag_2009_1.pdf
Zugriff: 27.08.2014 11:17

12.3 ALLGEMEINE RÄUME

Unter allgemeinen Räumen verstehen sich Verwaltungsbereiche aber auch zusätzliche Gemeinschaftsräume, wie beispielsweise ein Theater oder ein Cafe. Diese Örtlichkeiten finden sich vorwiegend in Demenzdörfern oder größeren Pflegeinstitutionen, eher selten innerhalb einer Demenz-WG. Allerdings könnten im Zuge einer Zusammenführung mehrerer Wohngruppen ein gemeinsamer Veranstaltungsort, ein eigener Verwaltungstrakt sowie eine mögliche Gaststätte angedacht werden. Zugänglichkeit aber auch Handhabung erfordern dabei großen Aufwand. Im Demenzdorf De Hogeweyk beispielweise arbeiten insgesamt etwa 240 Mitarbeiter, welche unter anderem die Betreuung dieser Allgemeinräume über haben.⁶⁸ Der Vorteil bietet die ständige Kontrolle und Sicherheit der Bewohner. So stellt es kein Problem dar, wenn ein Demenzkranker im Kaffeehaus vergisst seine Rechnung zu zahlen, denn der Kellner ist ein geschulter Pfleger, welcher mit solchen Situationen täglich zu tun hat. Eine Anwendung eines solchen Systems auf Demenz-WGs bleibt jedoch eine Frage der Durchführbarkeit sowie der Wirtschaftlichkeit.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Ziel eines Entwurfs einer Demenzeinrichtung die Schaffung eines abwechslungsreichen, jedoch klar strukturierten und überschaubaren Grundrisses ist. Studien bezüglich einer Idealfigur sind bislang nicht bekannt, jedoch ist grundsätzlich bedeutend, dass eine generelle Unterteilung einer solchen Einrichtung in kleinere Wohneinheiten, mit jeweils einer zentral gelegenen Gemeinschaftszone zur Förderung der sozialen Kontakte, ein abgestimmtes Miteinander unterstützt. Die Schlaf- und Sanitärräume sollten mit kurz gehaltenen Gängen an dieses Zentrum angeknüpft sein. Bei einer Gruppengröße von acht Personen mit jeweils vier Schlafräumen seitlich der zentralen Wohnzone ergibt dies somit einen fächerförmigen Grundriss. Allerdings gehen die Meinungen zur Ausführung der Raumanordnung und der damit entstehenden Grundform stark auseinander. Eine Partei verteidigt als Basis die Schleife, welche ein zielloses Umherwandern durch einen immerwährenden Rundgang vermeiden soll. Kritiker wiederum beanstanden eben diese Form, da eine solche Kurve einen ziellosen Weg darstellt, welcher in Form einer Endlosschleife durchwandert wird. Bezugnehmend auf meine persönliche Erfahrung durch Besuch der Demenz-WGs in Wien ergeben sich für mich nachfolgende Skizzen zur Ausführung möglicher Grundrissformen. Dabei ist anzumerken, dass es sich um rein schematische Ansichten und Raumanordnungen handelt, welche den örtlichen Anforderungen entsprechend adaptiert werden müssen. Dabei sind Standort, Größenbedarf aber auch die Art der Einrichtung – integriert in ein Wohnhaus oder als Solitär stehend – relevant. Vorab zum Vergleich einige Eindrücke des Demenzdorfes De Hogeweyk sowie der Demenz-WGs in Wien.

⁶⁸ http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/NW/Veronika_Zurmuehlen_De_Hogeweyk_Das_Demenzdorf_.pdf
Zugriff: 27.08.2014 11:30

12.4 EINDRÜCKE

12.4.1 DE HOGWEYK



Abb. 37 ... 3D-Modell



Abb. 38 ... Innenhof



Abb. 39 ... Eingangsbereich



Abb. 40 ... Dorfcharakter im Inneren



Abb. 41 u. Abb. 42 ... Innenansichten



Abb. 43 u. Abb. 44 ... Supermarkt und Veranstaltungssaal im Demenzdorf

12.4.2 DEMENZ-WGS DER CARITAS SOCIALIS



Abb. 45 u. Abb. 46 ... Eingang Demenz-WG2 im Innenhof des Wohnbaus



Abb. 47 ... Vorraum der WG2



Abb. 48 ... Gang zu den Schlafräumen der WG2



Abb. 49 ... Wohnraum der WG1



Abb. 50 ... Wohnraum der WG2



Abb. 51 ... Wohnküche der WG2



Abb. 52, Abb. 53 u. Abb. 54 Eindrücke der beiden WGs



Abb. 55 u. Abb. 56 ... Garten der WG2



Abb. 57 ... Hochbeete im Garten

12.4.3 SKIZZEN

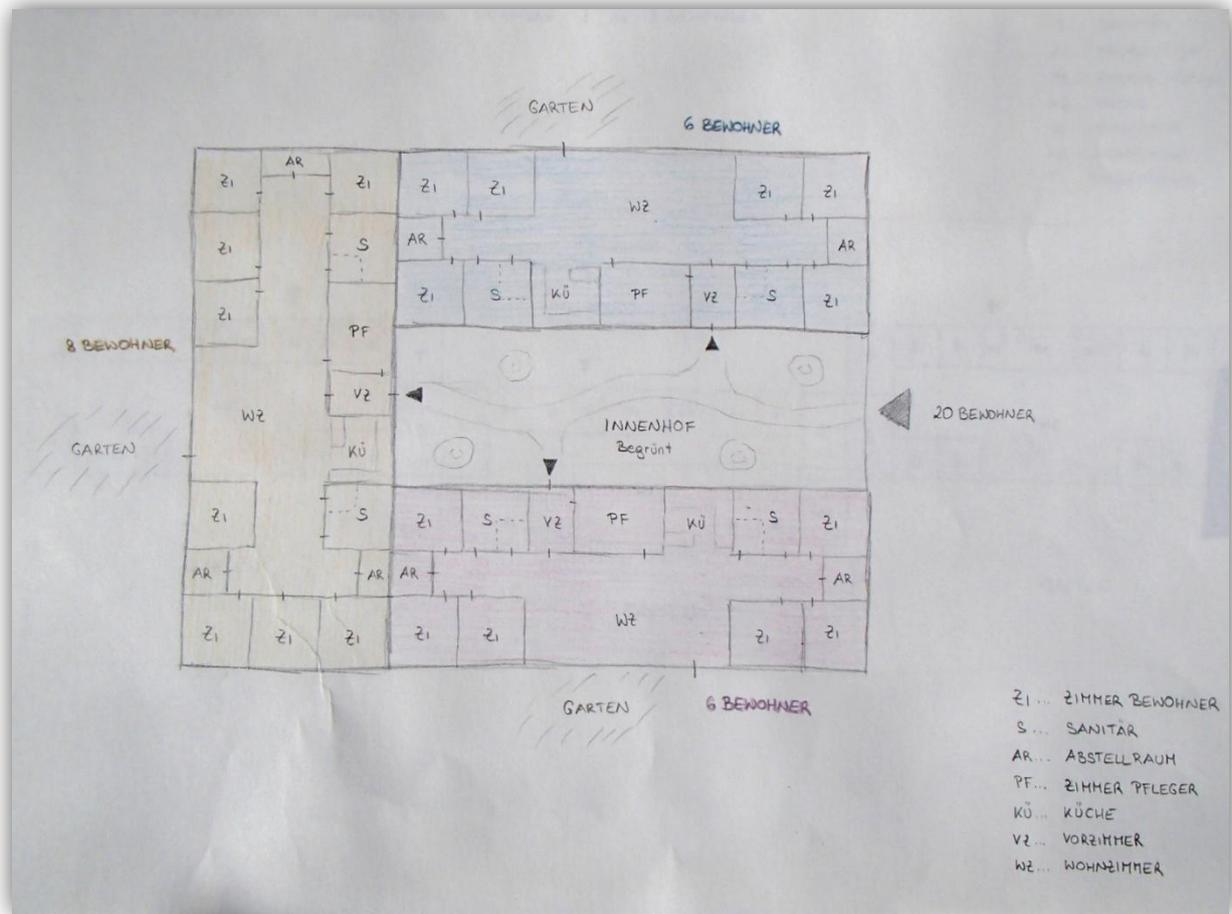


Abb. 58 ... Mögliche Raumanordnung eines Solitärbaus (ohne Maßstab)

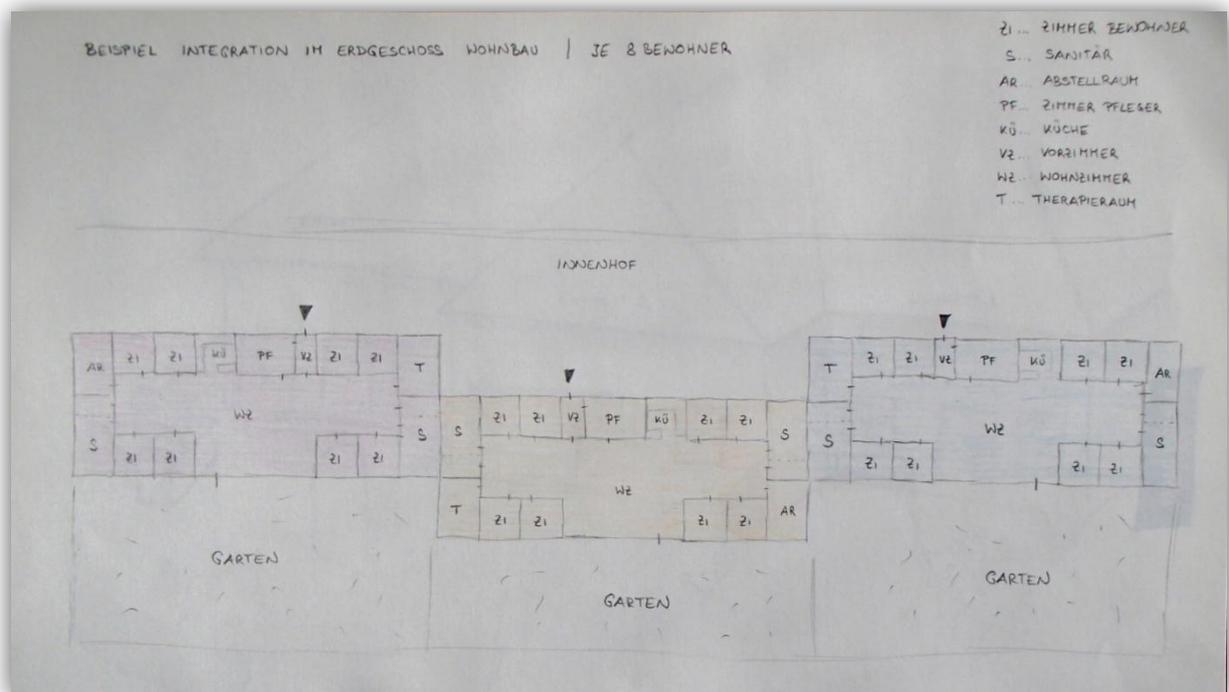


Abb. 59 ... Mögliche Raumanordnung integriert in einem Wohnhaus (ohne Maßstab)

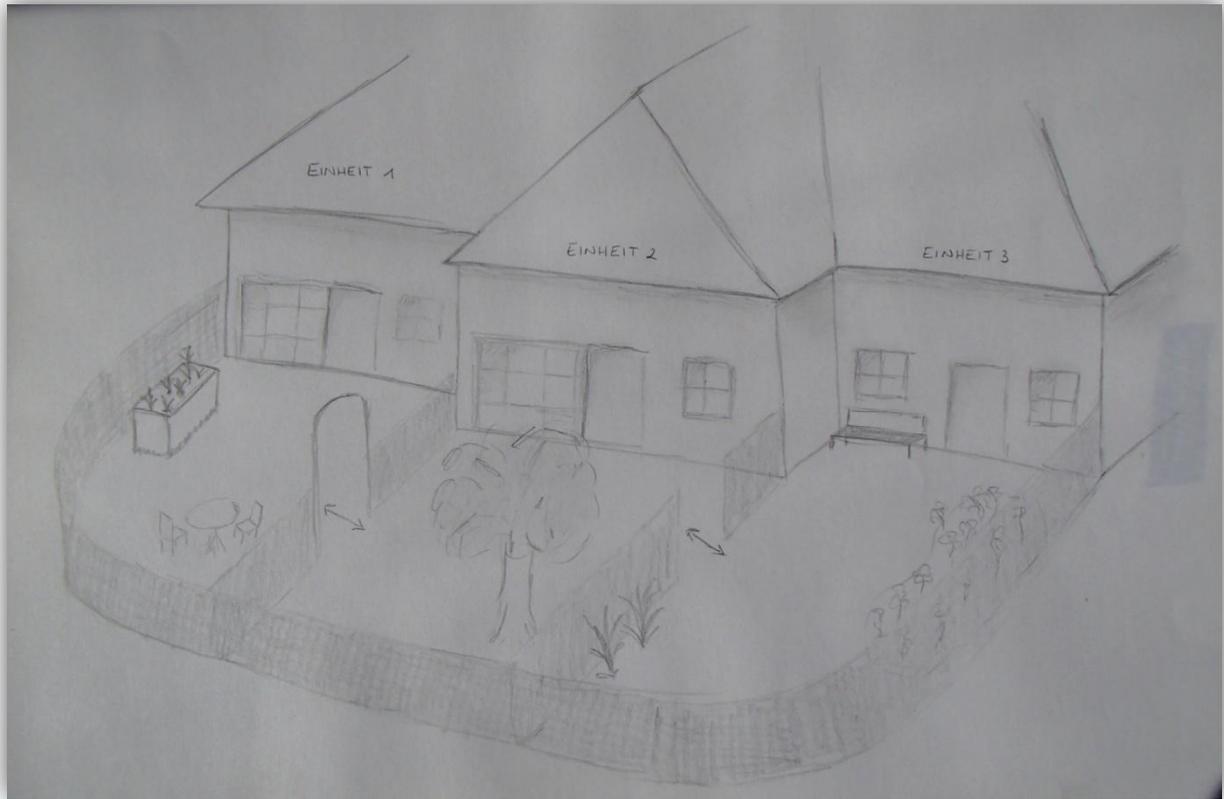


Abb. 60 ... Aussenansicht

13. GENDER

13.1 EINFÜHRUNG

Das aus dem Englischen stammende Wort ‚gender‘ – dt. Geschlecht – definiert die Rolle einer Person hinsichtlich seiner sozialen, psychologischen sowie kulturellen Stellung und nicht anhand der biologischen Geschlechtsmerkmale (= ‚sex‘).⁶⁹

Eingeführt wurde der Begriff durch den amerikanischen Psychologen John Money, welcher 1955 das Wesen Transsexueller hinterfragte, da diese auf ihr biologisches Geschlecht nicht reduziert werden konnten. Er unterschied hierbei zwischen ‚gender role‘ und ‚gender integrity‘ um den sowohl biologischen als auch gesellschaftlichen Geschlechterkonflikt dieser Personen detaillierter zu beschreiben.⁷⁰

Bei der 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen 1985 in Nairobi wurde eine stärkere Integration der Frauen in den so genannten „Mainstream“ gefordert. Dieser englische Begriff für „Hauptstrom“ bezieht sich auf das Denken und Handeln der Masse in sämtlichen kulturell wichtigen Bereichen, von Politik und Ökonomie bis hin zur Architektur. Aus der Kombination beider Begriffe ebnete sich schnell die Gender-Mainstreaming-Strategie, welche zum Ziel hat, die Wahrnehmung der sozialen Ungleichheiten sowie Lebenswirklichkeiten von Mann und Frau zu erörtern sowie die Berücksichtigung dieser in der gesamten Entwicklungspolitik. Zu diesem Zeitpunkt wird der Begriff „Gender Mainstreaming“ noch als „Women in Development“ (WID) bezeichnet.

In den 1990er Jahren gliederte sich der Integrationsgedanke in Europa ein, wo 1994 der Europarat einen Ausschuss zur Gleichberechtigung von Frauen und Männern gründete und 1996 die Europäische Kommission „Gender Mainstreaming“ endgültig als strategisches Konzept sowie politische Maßnahmen definiert.⁷¹

In Österreich wurde 1993 mit der Verabschiedung des Bundes-Gleichbehandlungsgesetzes der Grundstein zur Integration von Gender Mainstreaming gelegt.⁷²

In der Architektur spielt Gender Mainstreaming eine bedeutende Rolle, da Raum auf die Bedürfnisse sämtlicher Nutzer ausgerichtet und ein Beitrag zur Gestaltung eines individuellen und eigenständigen Lebens sein sollte, unabhängig von biologischem Geschlecht, Alter, Herkunft oder körperlicher Einschränkung. Die Vereinigung der unterschiedlichsten Interessen dieser verschiedenen Bevölkerungsgruppen soll während des Planungsprozesses gesellschaftliche Ungleichheiten aufzeigen und gleichzeitig die Möglichkeit bieten andere soziale Rollen zu übernehmen. So sollte Architektur auch auf die speziellen Anforderungen von Frauen, älteren oder behinderten Menschen

⁶⁹ <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>
Zugriff: 15.05.2014 19:40

⁷⁰ <http://www.faz.net/aktuell/politik/gender-mainstreaming-der-kleine-unterschied-1329701.html>
Zugriff: 27.08.2014 13:23

⁷¹ http://www.genderkompetenz.info/w/files/gkompzpdf/geschichte_gm.pdf
Zugriff: 15.05.2014 19:45

⁷² http://erwachsenenbildung.at/themen/gender_mainstreaming/grundlagen/geschichte.php#oesterr
Zugriff: 15.05.2014 20:19

ausgelegt werden. Helfen können dabei Statistiken, aber auch direkte Analysen der künftigen Bewohner. So sollte im Beispiel Demenzeinrichtung die Haus- und Gartenarbeit grundsätzlich nicht ausschließlich auf Frauen ausgelegt werden.

Wohnungen sollten stets gemäß allen Altersgruppen geplant werden. „Durch bauliche Maßnahmen - wie offene Gestaltung, Übersichtlichkeit, alternative Wegeangebote und ausreichende Beleuchtung lässt sich des [sic!] Sicherheitsempfinden von NutzerInnen erhöhen.“⁷³ Mittels kleinerer Umbauten sowie räumlicher Veränderungen kann, hinsichtlich der Altersversorgung, so ein längerer Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglicht werden.



Abb. 61 ... Kleinere Umbauten ermöglichen den Verbleib in der eigenen Wohnung über viele Jahre

Blickt man in der Geschichte Europas zurück ist wohl die markanteste Tatsache die gesellschaftliche Unterdrückung der Frauen. Speziell zu Zeiten der Industrialisierung fand eine Schulung der jungen Frauen ausschließlich ausgerichtet auf die Unterwerfung gegenüber ihrem Ehemann statt. Zu mehr war nach damaligen Auffassungen eine Frau nicht fähig. Gerade die Verwehrung von Bildung war eine lange bestehende Gegebenheit. Trotz keinerlei schriftlicher Verbote dominierten traditionell zugewiesene Geschlechterrollen neben führenden Männerstrukturen, so dass ein universitärer Zugang für Frauen erst 1863 in Zürich, 1897 auch in Österreich eröffnet wurde.⁷⁴ Emanzipationsbewegungen trugen und tragen zu den heutigen Konstitutionen und Gleichstellungen bei, trotzdem es auch heute noch in vielen Berufen und Lebensbereichen starke Männerdomänen gibt, wie beispielsweise im Bauwesen wo immer noch ein vorwiegend männlicher Anteil an Architekten und Ingenieuren herrscht. Bezogen auf die Auswirkungen auf die Architektursprache wurde bereits seit vielen Jahrzehnten diskutiert, wobei unter anderem der jeweilige biologische und soziale Hintergrund von Frauen und Männern als Ursache unterschiedlicher Planungsansätze analysiert wurde. Gerade in den 70er und 80er Jahren beschäftigen sich viele Feministinnen mit der Suche nach matriarchaler und somit weiblicher Architektur als Gegengewicht zur patriarchalen.

⁷³ <http://www.gendercompetence.net/wDeutsch/gender-kompetenz/Raumplanung.php>
Zugriff: 15.05.2014 19:45

⁷⁴ <http://www.univie.ac.at/archiv/rg/15.htm>
Zugriff: 27.08.2014 14:22

Margrit Kennedy erklärte 1979, dass nicht ausschließlich das biologische Geschlecht Grund wäre, sondern manche die Planung prägenden Verhaltensweisen eben typisch männlich oder weiblich wären. So bezeichnete sie den „Drang nach Selbstdarstellung als ‚männlich‘, dagegen die Suche nach einer organischen Ordnung und das nutzerbezogene Planen als ‚weiblich‘.“⁷⁵ Allerdings finden sich bislang weder historische Beweise, noch sachliche Erklärungen, dass es eine typisch geschlechtsspezifische Formensprache gibt. Jedoch trugen die Diskussionen und Analysen diesbezüglich essentiell zu einer Anwendung der Gender Studies in sämtlichen Bereichen die Architektur betreffend bei.

Die drastische Unterscheidung der Geschlechterrolle war im Viktorianischen Zeitalter maßgebend und spiegelte sich deutlich in der Architektur wieder. Neben der eindeutigen Abspaltung von den Dienstboten durch eigene Trakte sowie Eingänge, kamen immer häufiger Differenzierungen der so genannten ‚Damen- und Herrenzimmer‘⁷⁶ vor. Diese Erscheinung manifestierte sich durch den Trend nach dem Abendessen Tee zu trinken, welcher seitens der Damen in einem separaten Raum selbst aufgebracht wurde und so zu einer Abspaltung von Damen und Herren führte. Letztere verblieben zum Rauchen und Trinken, sowie über politische Themen zu diskutieren, im Esszimmer, welches sich zusehends in das Männerzimmer entwickelte. Mit der Zeit folgten dieser Darbietung auch Auswirkungen der Innenausstattung. So wirkte diese im ‚männlichen‘ Esszimmer schwer, dominant und pompös, während das ‚Damenzimmer‘ mit Seide und Pastelltönen einen lieblichen und zarten Eindruck vermittelte. Doch auch die Möblierung offerierte den sozialen Status, da in den Frauenzimmer keinerlei Bücherregale oder Arbeitsmöbel vorhanden waren. Neben Sitzgelegenheiten und Schminktisch fand sich höchstens ein kleiner Schreibtisch zum Verfassen von Briefen oder Gedichten, welcher jedoch für längeres Arbeiten oder Studieren zu unbequem war, wodurch die Rolle des gebildeten und intellektuellen Mannes verstärkt verdeutlicht wurde. Diese Lebenseinstellung verblieb bis weit in die Moderne, als getrennte Schlafräume Standard der gehobenen Mittelschicht waren.⁷⁷



Abb. 62 u. Abb. 63 ... Damen- (links) und Herrenzimmer (rechts) einer Gründerzeitvilla 1892

⁷⁵ Kuhlmann, 2003, S. 50

⁷⁶ Kuhlmann, 2003, S. 132

⁷⁷ Kuhlmann, 2003, S. 136

In den 50er Jahren waren geschlechtliche Räumlichkeiten vorwiegend noch in Bürogebäuden ersichtlich, wo dies vor allem an der Gestaltung und Ausstattung der Toiletten in den oberen Etagen erkennbar wurde. Da sich in diesen Stockwerken hauptsächlich die Büros der, angemerkt männlichen, Vorstände befanden, waren die Herrentoiletten wesentlich generöser in Größe sowie Einrichtung. Frauen bekleideten in diesen Abteilungen nur die Positionen der Sekretärin oder Empfangsdame, wodurch deren Aborte schlicht und klein, dem hierarchischen Status entsprechend, ausgeführt waren.⁷⁸

Beispiele für geschlechtliche Differenzierungen finden sich genügend und können auf viele gesellschaftliche Schichten und Randgruppen ausgeweitet werden. So können Rassentrennungen der Schwarzen und Weißen genannt werden, genauso wie Gated Communities in den USA, welche zusätzlichen Schutz vor niedrigeren Klassen bieten sollen. Gender Studies sind in vielen Bereichen anwendbar und ersichtlich.

So wurden auch alte Menschen ähnlich der Frauen in der Vergangenheit unterdrückt und oftmals, wie bereits im Kapitel *6. Vom Siechenhaus zum Demenzdorf* berichtet, gerade im Mittelalter zusammen mit chronisch Kranken ohne signifikanter Behandlung weggesperrt. Oftmals befanden sich solche Siechenhäuser vor der Stadtmauer und beherbergten neben Alternden zahlreiche Aussätzige, unter anderem Leprakranke. Es versteht sich so von selbst welchen Stellenwert die alternde Gesellschaft zu diesen Zeiten einnahm. Trotz der Etablierung stationärer Altenhilfen in den Krankenhäusern in den 50er und 60er Jahren, werden bis heute ältere Menschen, welche an Krankheiten wie Demenz leiden, in Pflegeheimen ähnlich der Vergangenheit verwahrt. Nicht selten findet sich das Sauber-Satt-Prinzip, bei welchem eine Reduktion des Menschen auf dessen körperliche Funktionen ohne Berücksichtigung der seelischen Bedürfnisse erfolgt.⁷⁹ Durch Ignoranz dieser Unentbehrlichkeiten kommt eine Weiterentwicklung zum Erliegen, wodurch keinerlei Besserung der Situation und somit eine zukunftsorientierte Altenversorgung erwartet werden kann.

Barrierefreies und altersgerechtes Bauen findet nur langsam Einzug, ähnlich der Akzeptanz in der Gesellschaft. Beobachtungen im Alltag haben mir gezeigt, dass älteren Menschen zunehmend wenig Respekt und Rücksicht geboten wird. In öffentlichen Verkehrsmitteln finden sich nur noch selten Personen, welche ihren Sitzplatz anbieten oder, wenn es sich nicht um ein Niederflurfahrzeug handelt, einer älteren Dame in die Straßenbahn helfen. Das Grundprinzip ‚Alt bedeutet aufwendig und dement‘ hat sich bei vielen eingestellt, wodurch ein Abschieben in entsprechende Einrichtungen vereinfacht wird. Auch der fortschreitend schneller und technologischer werdende Lebensalltag erschwert der älteren Generation viele ursprünglich überschaubare Aufgaben. Banken, Versicherungen und Telefonanbieter gehen davon aus, dass jeder Haushalt einen Computer mit Internetzugang besitzt, wodurch viele Aktionen oder Bankgeschäfte oftmals nur auf diese Art abgewickelt werden können. Persönliche Beratung sowie Filialen werden immer mehr dezimiert, wodurch dieser rasante sich stets verändernde Wandel für viele ältere Menschen kaum tragbar ist.

Zurückgreifend auf die Architektur gab es vor einigen Jahren einen großen Wandel hinsichtlich barrierefreier Bauten. Jedoch nicht alle diese baurechtlichen Bestimmungen sind überzeugend. Hinsichtlich des Neubaus eines Wohnhauses in Wien müssen laut Bauordnung sämtliche Wohnungen

⁷⁸ Kuhlmann, 2003, S. 189f

⁷⁹ Summer, 2008, S. 35

behindertengerecht und auf eventuelle Rollstuhlfahrer ausgelegt geplant werden, das heißt, Gangbreiten müssen mindestens 120cm betragen, wobei ein Wendekreis für einen Rollstuhlfahrer von 150cm Durchmesser an markanten Stellen möglich sein muss. Genauso muss eine hindernisfreie Adaptierung der sanitären Einrichtungen mit den notwendigen Maßen jederzeit durchführbar sein. Gerade bei Bauträgern steht hierbei meist die Quantität vor der Qualität und es wird von Planern verlangt, so viele Wohnungen wie möglich mit dem minimalsten Platzaufwand auszubilden. Durch diese Anforderungen entstehen Grundrisse mit breiten Gängen und vergleichsmäßig großen Badezimmern, jedoch nur 10qm großen Schlafräumen. Die funktionalen Prioritäten haben sich folglich verändert und Sanitärräumen wird ein bedeutenderer Platzbedarf zugesprochen als Aufenthaltsräumen. Des Weiteren drängt sich die Frage auf, was ein Rollstuhlfahrer, der in einer für ihn funktional geplanten Wohnung im vierten Obergeschoss wohnt, im Falle eines Brandes, bei dem der Aufzug nicht genutzt werden darf, tut. Grob gesagt, kann er sich die Stiegen hinunter stürzen, oder auf rechtzeitig ankommende Hilfe warten.

Ähnlich verhält es sich mit gerechter Altersversorgung. Hinter vorgehaltener Hand wird über die Notwendigkeit diskutiert, doch keiner will den ersten Schritt wagen. Innovative Projekte werden häufig als zu modern abgewendet und anstatt in geeignete Betreuung zu investieren, erfolgen Einsparungen in der Pflege und wie im Fall Niederösterreich Umformungen der Heime.

13.2 GENDER UND DAS THEMA DEMENZ

Neben zahlreichen architektonischen Maßnahmen und einer ausführlichen biographischen Vorarbeit bietet eine entsprechende Betreuung einem Demenzkranken die Möglichkeit ein harmonisches und ruhiges Leben in geeigneter Atmosphäre zu verbringen. Grundsatz hierbei ist die Erhaltung des Individuums und die Vermittlung der notwendigen Akzeptanz und des Vertrauens. Daraus resultierend ergibt sich eine sogenannte „person-zentrierte Kommunikation“⁸⁰, welche sich dem Menschen widmet, ohne Bezug auf dessen Herkunft oder Geschlecht.

Obwohl ‚Gender Studies‘ darauf abzielen, das biologische Geschlecht außen vor zu lassen, haben sich über Jahrzehnte soziale Muster ergeben, welche eine eindeutig weibliche oder männliche Zuordnung ergeben. Somit werden nach sozialer, als gender-bezogener, Stellung eines Menschen automatisch dessen, dem jeweiligen Geschlecht angedachten, Regeln und Erwartungen auferlegt. Denn während des alltäglichen Umgangs erfolgt aufgrund wesentlicher Verhaltensweisen automatisch diese gesellschaftliche Zuweisung. So werden zum Beispiel als Pflegebedienstete meist Frauen vermutet, da dieser Beruf aus gesellschaftlicher Sicht eine typisch weibliche Arbeit darstellt. Diese Vorurteile basieren auf Zeiten, zu denen Frauen nicht arbeitstätig waren und somit für die Betreuung der Familie und auch der älteren Mitglieder verantwortlich waren.

James Lindesay und Derek Skea aus Großbritannien erörterten 1997 in einer Studie die Wechselbeziehung zwischen Pflegepersonal und den dementen Bewohnern. „Es zeigte sich unter anderem, dass männliche Bewohner deutlich mehr Interaktion mit den Pflegenden suchten als weibliche Bewohnerinnen. Auf der anderen Seite initiierten weibliche Pflegepersonen deutlich

⁸⁰ Reitinger, Heimerl, Lehner, Lindner, & Wappelshammer, 2013, S. 6

häufiger Kontakte sowohl zu männlichen als auch weiblichen Bewohnerinnen und Bewohnern.“⁸¹ Resultierend daraus stellt sich die Frage nach der Selbstständigkeit der Männer aber auch nach ihrer Kommunikationsfreude.

Bezogen auf die Demenz-WGs in Wien sind etwa 80% der Bewohner Frauen. Dies resultiert jedoch nicht aus der Krankheit, sondern aus der Tatsache, dass Männer sowohl mit als auch ohne Demenz zumeist zu Hause gepflegt werden. Erst nach deren Tod siedeln die zurück gebliebenen Ehefrauen häufig aufgrund der plötzlichen Einsamkeit in Heime um. Des Weiteren können in den Wohngemeinschaften



Abb. 64 ... Sämtliche Arbeiten erfolgen gleichermaßen von Männern wie von Frauen

keine eindeutig männlichen oder weiblichen Verhaltensmuster der Bewohner ausgemacht werden. Hauswirtschaftlichen sowie

gärtnerischen Beschäftigungen wird sowohl von Frauen als auch von Männern in derselben Weise nachgegangen und auch Aggressionen äußern sich nicht ausdrücklich nach dem biologischen Geschlecht. Es gibt keinen unterschiedlichen Aktionsradius bei ruhigem oder unruhigem Verhalten.⁸²

Die unterschiedlichen Räumlichkeiten des Demenzdorfes De Hogeweyk, welche sich nach den ursprünglich sozialen Zugehörigkeiten richten, zeigen die Ausführung einer lebensorientierten Architektur. Für jede Gesellschaftsform wird Raum geschaffen. Allerdings eröffnet solch eine Demenzeinrichtung die Kritik, ältere und in diesem Fall demente Menschen werden von der Öffentlichkeit weg gesperrt. Eine Integration dieser bleibt verwehrt und es entwickelt sich wieder eine Randgruppe. Offen und bislang unerforscht bleiben die Empfindungen der betroffenen Personen diesbezüglich.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass für ein bewusstes Miteinander das biologische Geschlecht nicht relevant ist und essentiell eine person-zentrierte Betreuung ist, welche sich je nach Bewohner richtet. Ältere und demente Menschen sollten keinesfalls abgegrenzt werden. Die architektonische Umgebung sollte dabei Selbstständigkeit sowie Gemeinschaftswesen ermöglichen, jedoch auch die notwendige Sicherheit bieten.

⁸¹ Reitinger, Heimerl, Lehner, Lindner, & Wappelshammer, 2013, S. 20

⁸² Interview: Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 27.06.2014

14. DEMENZ UND DIE MODERNE TECHNIK

Laut der Studie ‚Joint Center for Housing Studies‘ von 2000 wünschen sich 90% der gegenwärtigen Senioren in ihrem eigenen Zuhause alt zu werden.⁸³ Da dies für viele trotz barrierefreier und altersgerechter Adaptierung der Wohnung oftmals auf Grund körperlicher sowie geistiger Einschränkungen nur bedingt möglich ist, widmet sich ein Teil der modernen Wissenschaft der Entwicklung von sogenannten AAL-Anwendungen (Ambient Assisted Living). Diese intelligenten Informations- und Assistenzsysteme sollen den Alltag sowohl für Patient als auch für Pfleger erleichtern.



Abb. 65 ... Roboter ‚RI-MAN‘

Zum Beispiel können im Bereich der Notfall- und Früherkennung piezoelektrische Druckmatten Bewegungen erkennen und durch gespeicherte Alltagsaktivitäten Veränderungen wie Stürze oder das gänzliche Ausbleiben von Erschütterungen mittels Alarm an Betreuer oder Familie melden. Auch Fußböden mit Fallsensoren, welche an ein automatisches Notrufsystem angeschlossen sind, werden bereits getestet.

In der Robotik wird ebenfalls an der Ausbildung von verschiedenen Robotern als Unterstützung für beispielsweise bewegungseingeschränkte Personen gearbeitet. Obwohl der Einsatz solcher Maschinen vorerst nur in Japan erfolgt, öffnet sich auch der europäische Markt zunehmend technologischer Entwicklungen. „BUS- [Anm. d. Verf.: ‚BUS‘ bezeichnet ein System zur Datenübertragung, beispielsweise per Funk] und andere Systeme, die nach einer gewissen Zeit automatisch Strom, Gas oder Herde abdrehen, zählen da genauso dazu wie Jalousien oder Lichtschalter, die auf Zuruf agieren.“⁸⁴ Die Gebäudeautomation für eine effizientere Steuerung entwickelt sich immer weiter und ermöglicht, neben der Kontrolle sämtlicher häuslicher Bereiche mittels Fingerabdruckscans, auch Gespräche mit Pflegern oder Ärzten via Videoübertragung. „In der Praxis bewährt – auch bei demenziell Erkrankten – haben sich beispielsweise Zeitschaltuhren für Elektrogeräte, Sturz-, Rauch- oder Bewegungsmelder, Füllstandsmelder im Bad, automatische Tablettentimer, Personenortungs- sowie Raumüberwachungssysteme.“⁸⁵ Technologisch sind dem Ganzen keine Grenzen gesetzt, allerdings bleibt eine persönliche Betreuung sowie ein selbstständiges Denken dabei eher zweitrangig.

Ein weiterer Schritt ist die Entwicklung von Pflegerobotern. Erste Ergebnisse sind der EI-E, welcher Gegenstände auf die mittels Laserpointer gezeigt wird, aufheben kann, oder ARTOS, der zusätzlich hierzu auch Menschen folgen und Notfälle mittels Sprechkontakt und Analyse der Gesichtsdurchblutung melden kann. Dennoch stehen auch diese in engem Gegensatz zum humanen Sozialkontakt, welchen Technik niemals ersetzen wird. Die menschliche Betreuung ist und wird stets vordergründig in der Pflege Demenzkranker sein und sollte durch Technik nur unterstützt werden. Der RI-MAN (Abb.51), welcher einer der Vorreiter in der Robotik war, kann Lasten bis zu 70kg tragen,

⁸³ Schweitzer, Gsottbauer, & Gabriel, Mai 2012, S. 14

⁸⁴ Bundeministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 76

⁸⁵ Bundeministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 76

wodurch er als Hilfe sowohl für Pfleger als auch für Patient, welchem sich dadurch die Möglichkeit bietet selbstständig vom Bett in den Rollstuhl zu wechseln, beiträgt.

Im Wesentlichen muss bei Anwendung technischer Maßnahmen stets dessen Effizienz in Betracht gezogen werden: soll eine Erleichterung der Pflege erzielt werden oder trägt der Nutzen einzig einer Entlastung des Personals und zugleich der Vernachlässigung des Bewohners bei? Theoretisch bieten technische Hilfen den Pflegern mehr Zeit, welche sie der Betreuung widmen könnten, doch in Wirklichkeit führen diese oftmals zu Personaleinsparungen, welche wiederum zu Lasten der Bewohner gehen. Dementsprechend sollte die Anwendung solcher technischer Hilfsmittel stets kontrolliert erfolgen und mögliche Konsequenzen im Vorfeld überlegt werden.

Ein weiteres Gebiet der Forschung widmet sich der Erinnerungsleistung Demenzkranker. Es werden moderne Funktionen entwickelt, welche beispielsweise integriert in den Badezimmerspiegel durch Gesichtserkennung an die Einnahme der Medikamente erinnern sollen. Da dies jedoch eher kontraproduktiv in Hinsicht der geistigen Leistung ist, wird das Augenmerk auf IT-gestützte Gedächtnistrainings gelegt. Bis zur vollständigen Ausbildung dieser, ermöglichen auch Möbelstücke die Übung des Erinnerungsvermögens. Ein markantes Beispiel hierbei ist das bereits erwähnte Memobil von ‚Section.a art.design.consulting‘, welches vielleicht in naher Zukunft weiterentwickelt und in verschiedensten Varianten und Größen erhältlich und so effizienter einsetzbar sein wird.

Bei der heutigen und sicherlich auch bei der künftig kommenden Senioren generation besteht eine hohe Skepsis gegenüber moderner Technik, wodurch Roboter sowie AAL-Anwendungen, wie oben beschrieben, derzeit noch als zukunftsorientiert gelten. In etwa 20 bis 30 Jahren könnten jedoch Systeme, wie sie oben genannt wurden, wesentlicher Bestandteil der Demenzarchitektur werden und zusammen mit ‚einfachen‘ Möbelstücken wie das Memobil stets in der Planung integriert werden, da sie einen wesentlichen Beitrag bei der kognitiven Betreuung und Beschäftigung bilden. Es sollte jedoch nie vergessen werden, dass eine persönliche Betreuung durch technische zu keiner Zeit gleichwertig ersetzt werden kann.

15. TENDENZEN

Wie erwähnt, werden technologische Hilfsmittel früher oder später fixer Bestandteil der Altersversorgung sowie der Betreuung Demenzkranker sein. Bereits heute werden entsprechende Sicherheitssysteme, wie beispielsweise die im Kapitel 7.Österreich und Demenz genannte VIVAGO-Sicherheitsarmbanduhr, als Unterstützung des Pflegepersonals eingesetzt. Dementsprechend kann daraus geschlossen werden, dass sich in den nächsten Jahren der technische Einsatz wesentlich vervielfältigen wird. Voraussetzung hierzu ist jedoch die Schaffung genügend altersgerechter Einrichtungen, welche der garantierten und wissenschaftlich belegten Tendenz der Zunahme an älteren Generationen sowie an Demenz erkrankter Menschen zugrunde liegt.



Abb. 66 ... VIVAGO-Sicherheitsarmbanduhr

Wie bereits zu Anfang dieser Arbeit erklärt, werden im Jahr 2075 36% der österreichischen Bevölkerung über 60 Jahre alt sein.⁸⁶ Das bedeutet einen Anstieg von 11,4% gegenüber der Berechnung für 2015. Hinzu kommt auch die prognostizierte Zunahme der Demenzerkrankungen, weswegen diese Fakten aufgegriffen und entsprechende Altersversorgungen etabliert werden müssen. Aufgrund der derzeitigen Situation vor allem der staatlichen Institutionen, sollte ein rascher und dringend notwendiger Wandel zu zukunftsorientierten Einrichtungen erfolgen. Diese sollten auf die jetzige sowie die kommende Generation ausgelegt werden, jedoch auch Raum zur Weiterentwicklung für alle weiteren derzeit jungen Altersgruppen bieten. Beobachtet man die heutigen Jugendlichen, so offenbart sich eine vollkommen neue Lebenssituation. Technologie wird unvergleichlich im Alltag integriert, weswegen diese gewohnheitsgemäß Bestandteil künftiger Einrichtungen sein sollten. Handy, DVD-Player sowie Spielekonsolen könnten in einer Demenzeinrichtung 2030 zur Beschäftigung beitragen und angesichts des derzeitigen Einsatzes deren Umgang althergebracht erscheinen.

Gleichwohl verändert sich auch die Sozialstruktur erheblich. Wohingegen der Familie vor etwa zehn Jahren noch die größte Bedeutung zukam, rangiert bei vielen der heutigen Jungerwachsenen-Generation die Karriere an oberster Stelle. Wohnsituationen verändern sich dementsprechend, so dass Einpersonenhaushalte häufiger werden. Daraus resultierend kann angenommen werden, dass Demenz-WGs in 50 Jahren keinen Anreiz mehr bieten und sich die Tendenz zu Wohnheimen und Betreutem Wohnen neigt. Resultat wird auch eine Abnahme des Kochens und gemeinsamen Essens sein. Die Mikrowelle sowie Fertiggerichte und Restaurants werden mehr Abnehmer finden und die Bedeutsamkeit einer Küche wesentlich reduzieren. Dies könnte wiederum zu einer Förderung von Betreuungsservices wie ‚Essen auf Rädern‘ führen, allerdings auch zu einer Abnahme der sozialen Kommunikation. Bezogen auf die Krankheit Demenz können solche Veränderungen schwerwiegende Folgen haben. Mangel an gesellschaftlichen Kontakten führt zu Isolation, woraus Depressionen, Ängste und Aggressionen entstehen. Es würde somit einen Rückgang in der bislang angesprochenen architektonischen, physischen sowie psychologischen Entwicklung einer demenzgerechten Umgebung bedeuten.

Fazit ist eine außerordentliche Beobachtung der künftigen Sozialentwicklung und einer entsprechenden Adaptierung der Institutionen, unter Berücksichtigung sämtlicher Notwendigkeiten, um Demenzkranken sowie prinzipiell älteren Menschen ein erfülltes und qualitativ hochwertiges Leben in einer entsprechenden Umgebung zu bieten.

⁸⁶ Schipfer, 2005, S. 4

16. SCHLUSSWORT

Das Thema Demenz und Architektur ist ein sehr breitgefächertes, welches ich versucht habe, so gut wie möglich einzudämmen. Diese Arbeit sollte dem Leser einen ersten Einblick in die Materie bieten und hoffentlich dessen Interesse einer weiteren Befassung wecken.

Architektur sowie Demenz sind Angelegenheiten, welche jeden Menschen betreffen – passiv oder aktiv. Ersteres erschafft die Welt in der wir leben und zeigt sich in der jeweiligen Wohnsituation sowie der Arbeitsstätte,

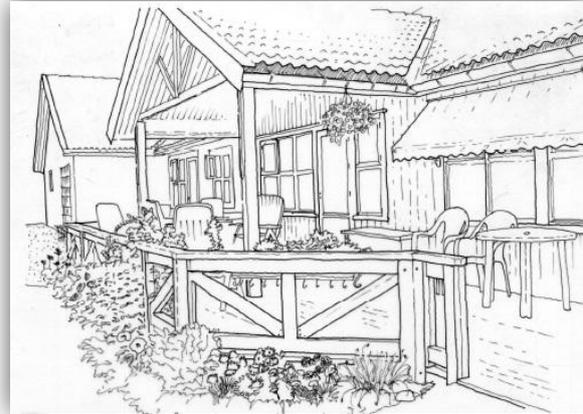


Abb. 67

bezieht sich aber auch auf Plätze, über welche wir jeden Tag gehen oder fremde Städte die wir besuchen. Die Ausdehnung ist enorm, weswegen oberste Prämisse eines Architekten die Erschaffung eines zeitgenössischen und qualitativ hochwertigen Raumes ist, dessen Funktion und auch Gestalt wesentlich zum Empfinden des Bewohners beiträgt.

Aufgrund der prognostizierten stetig ansteigenden Zahl an Demenzerkrankungen in den nächsten Jahrzehnten ist auch dieses Problem für die gesamte Bevölkerung relevant. Eine Erkrankung an Demenz entspricht unter älteren Menschen als eine ihrer größten Ängste. Dabei gilt es nicht nur die direkt Betroffenen sondern auch ihre Angehörigen zu berücksichtigen. Die Betreuung eines Demenzerkrankten ist aufwendig und bedeutet neben der speziellen Pflege vor allem nervliche Aufwendung, an welchen viele Familienmitglieder meist scheitern und als einzigen Ausweg eine demenzgerechte Einrichtung sehen. Fazit ist die notwendige und ausreichende Schaffung solcher Institutionen.

Der Inhalt, mit welchem sich meine Diplomarbeit befasst, verdeutlicht ein bedeutsames und derzeit dringend erforderliches Thema, welches es aufzugreifen und anzuwenden gilt. Während meiner Recherche sowie der Erstellung dieser Schrift erschreckte mich immer wieder die Ignoranz, welche unter den Zuständigkeiten, trotz Aufzeigens der gegebenen Situation, herrscht. Private Organisationen, welche sich vehement für qualitativ hochwertige Veränderungen einsetzen, werden vor allem finanziell in ihren Vorhaben blockiert. Förderungen reichen zur Umsetzung nicht aus und seitens des Staates besteht des Weiteren kein Interesse an zukunftsweisenden Bauten. Die Diskriminierung der älteren Generation wird dadurch auch weiterhin bestehen bleiben.

Die Zukunft sollte Altersversorgungen gestalten, welche sich neben der pflegerischen und medizinischen Versorgung vor allem durch soziales Engagement und Respekt auszeichnen. Gerade bei der Krankheit Demenz sind Selbstständigkeit und die Erhaltung der eigenen Identität essentieller Bestandteil einer persönlichen Wohnsituation. Eine sehr gute Ausbildung in diese Richtung ermöglichen Demenz-WGs, wie sie von der Caritas Socialis in Wien angeboten werden. Durch Integration dieser in ein Wohnhaus bewirken diese zusätzliche soziale Kommunikation sowie eine Aufwertung der Situation. Den Demenzdörfern stehe ich kritisch entgegen. Trotz der enormen Möglichkeit einer selbstständigen Alltagsgestaltung mit wechselnder Beschäftigung, bleibt die Kritik

an einer Separation und Ausgrenzung. Ungeachtet der 2004 in Amerika erschienenen Studie, welche ich im Kapitel 6. Vom Siechenhaus zum Demenzdorf erwähnte, bestehen meines Wissens nach keine aktuellen Untersuchungen des emotionalen Befindens der Bewohner bezüglich einer Abschottung von der Gesellschaft. Deswegen würde ich von dieser geschlossenen Einrichtungsform Abstand nehmen und verstärkt eine Kombination der beiden anstreben. Eine gerechte Umsetzung erfordert hierbei allerdings eine intensivere Auseinandersetzung mit der Aufgabe, welche hoffentlich in naher Zukunft passieren wird.

„Every great architect is — necessarily — a great poet. He must be a great original interpreter of his time, his day, his age.“⁸⁷

⁸⁷ Wright, 1953

17. LITERATURVERZEICHNIS

Brand, C. (2012). Ein Dorf für Vergessende. *TEC 21* (40-41).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (November 2009). Hochaltrigkeit in Österreich - Eine Bestandsaufnahme. *Grundsatzabteilung für Seniorinnen- und Senioren-, Bevölkerungs- und Freiwilligenpolitik Abteilung V/6* .

Burg, R. (04. August 2014). Dr. (T. Schuöcker, Interviewer)

Christoph Held, D. E.-F. (2012). Demenzgerechte Architektur? *TEC 21* (40-41).

Flatz, Ö. S. (2004). *Demenzgerechte Pflege*. Graz: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien.

Forster, R. K. (2004). *Das mittelalterliche und frühneuzeitliche Bürgerhaus in Oberösterreich: eine baupologische und bauhistorische Untersuchungen am Beispiel der Stadt Eferding*. Wien: Roland Karl Forster.

Gerald, F., & Walter, R. (2000). *Das Unfallgeschehen bei Senioren in Österreich. Epidemiologie und Risikofaktoren*. Wien: Institut Sicher Leben des Kuratorium für Schutz und Sicherheit.

Heeg, S., & al., K. G. (2010). DESSorientiert - Licht und Demenz. *Demenz Support Stuttgart gGmbH* .

Irmak, K. H. (1998). Anstaltsfürsorge für "Alterssiche" von Weimar bis Bonn (1924-1961). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* , 31 (6).

Jean Jaques Rousseau, ü. v. (1998). *Abhandlung über den Ursprung und die Grundlagen Ungleichheit unter den Menschen* (Bd. ergänzte Ausgabe 2010). Stuttgart: Reclams Universal-Bibliothek.

Knischek, S. (2005). *Lebensweisheiten berühmter Philosophen: 4000 Zitate von Aristoteles bis Wittgenstein*. Höfen: Schlütersche.

Kooij, C. v. (1997). Das mäeutische Konzept: Gefühle von Bewohnern und Betreuern und ihre Wechselwirkungen. *Aspekte zur Altenpflege der Zukunft; Dokumentation zur 7. Fachtagung "Behinderung und Alter" 1997 an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln* .

Kuhlmann, D. (2003). *Raum, Macht & Differenz - Genderstudien in der Architektur*. Wien: edition selene.

Land Tirol: Abt. Hochbau + Freuenreferat des Landes, Kammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten für Tirol und Vorarlberg, aut. architektur und tirol, Arch+Ing Akademie. (2005). Dokumentation Symposium Gender-Mainstreaming für öffentliche Bauten; Pilotprojekt Landhaus 2, Innsbruck. *Land Tirol* .

Österreichisches Normungsinstitut (ON). (2005). *ÖNORM B 1600 - Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen*. Wien: Österreichisches Normungsinstitut (ON).

Reitinger, E., Heimerl, K., Lehner, E., Lindner, D., & Wappelshammer, E. (2013). *Geschlechtersensibel werden - Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Schipfer, R. K. (2005). Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich - Auswirkungen auf Regionen und Kommunen. *Österreichisches Institut für Familienforschung* (5).

Schweitzer, P. M., Gsottbauer, A. A., & Gabriel, M. I. (Mai 2012). *Bauen und Wohnen 2020+ - Sekundärstudie*. Wien: WIFI Unternehmensservice der WKÖ.

Socialis, C. (September 2013). *Leistungs- und Preisverzeichnis*. Abgerufen am 02. Juni 2014 von www.cs.or.at

Stadtentwicklung Wien, M. 1.-S. (2013). *Handbuch Gender Mainstreaming in der Stadtplanung und Stadtentwicklung*. Wien: Holzhausen Druck GmbH.

Statistik Austria. (2013). *Bevölkerungsprognose 2013*. Österreich: Statistik Austria.

Summer, A. (2008). *Architektonischer Beitrag zur Krisenbewältigung in der Altenpflege und -betreuung*. Wien: Anna Summer.

Urs Leuthold, d. G. (2009). *Gestaltung von Innenräumen für Demenzkranke - Empfehlungen für Institutionen und Baufachleute*. Bern: Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern.

Vahdani, H. (12. Juni 2014). MBA. (T. Schuöcker, Interviewer)

Vahdani, H. (27. Juni 2014). MBA. (T. Schuöcker, Interviewer)

Wright, F. L. (1953). *The Future of Architecture*. New York: Horizon Press.

18. INTERNETVERZEICHNIS

http://www.aerztekammer.at/medizin/-/asset_publisher/Td0a/content/id/1165960;jsessionid=A902706201E86DEFC26952031699840C?_101_INSTANCE_Td0a_groupId=427872&redirect=http%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fmedizin%3Bjsessionid%3DA902706201E86DEFC26952031699840C%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_Td0a%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1
Zugriff: 21.03.2013 18:00

<http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/demenzarchitektur-zeit-hat-hier-keine-bedeutung-mehr-11745678.html>
Zugriff: 21.03.2013 18:10

http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_vortrag_2009_1.pdf.pdf
Zugriff: 21.03.2013 18:20

http://convention.eurac.edu/NR/rdonlyres/92C4A0F2-4482-4986-96E9-98743E56C24F/22338/Marquardt_Gesine.pdf
Zugriff: 21.03.2013 18:20

http://www.kaemmer-beratung.de/forum/mauerkirchen/Praesentation_Wohlbeinden.pdf
Zugriff: 04.04.2013 16:30

<http://www.diakoniewerk.at/de/3674/>
Zugriff: 04.04.2014 16:41

http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Nichtuebertragbare_Krankheiten/Demenz/
Zugriff: 18.10.2013 15:32

<http://diepresse.com/home/leben/kreativ/1463896/Wie-Architektur-bei-Demenz-hilft>
Zugriff: 18.10.2013 15:40

<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/demenzdorf-hogewey-in-den-niederlanden-a-823426.html>
Zugriff: 31.10.2013 19:50

<http://geschichtensammlung.wordpress.com/tag/demenz/>
Zugriff: 31.03.2014 19:35

<http://www.gerontopsychologie.at/demenz-alzheimer.php>

Zugriff: 31.03.2014 19:40

<http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>

Zugriff: 15.05.2014 19:40

http://www.genderkompetenz.info/w/files/gkompzpdf/geschichte_gm.pdf

Zugriff: 15.05.2014 19:45

http://erwachsenenbildung.at/themen/gender_mainstreaming/grundlagen/geschichte.php#oesterr

Zugriff: 15.05.2014 20:19

<http://www.gendercompetence.net/wDeutsch/gender-kompetenz/Architektur.php?navanchor=1010034>

Zugriff: 15.05.2014 20:22

<http://oe1.orf.at/artikel/319251>

Zugriff: 16.05.2014 13:30

http://www.lazarus.at/img_uploads/4122-LAZARUS-Online_38-07102012.pdf?PHPSESSID=9c6594a2ccbbb6e2e6c7af1098fe7801

Zugriff: 16.05.2014 15:15

<http://kurier.at/lebensart/gesundheit/stirbt-die-erinnerung-bleibt-die-wuerde/773.528>

Zugriff: 16.05.2014 15:30

<http://kurier.at/lebensart/gesundheit/den-kranken-so-lange-wie-moeglich-im-leben-halten/773.529>

Zugriff: 16.05.2014 15:35

<http://www.sectiona.at/developing.php?id=355&lang=de>

Zugriff: 16.05.2014 17:03

<http://www.memobil.at/>

Zugriff: 16.05.2014 17:08

<http://www.innenwelt.at/alzheimer-demenz>

Zugriff: 16.05.2014 17:15

<http://www.cs.or.at/>

Zugriff: 02.06.2014 18:20

<http://www.zeit.de/2013/05/Demenzdorf-De-Hogeweyk-Alzey/seite-3>

Zugriff: 02.06.2014 18:55

<http://www.hildegardburjan.at/>

Zugriff: 02.06.2014 19:40

<http://www.vivago.de/produkte-und-service/>

Zugriff: 13.06.2014 12:31

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/32659/Studie-Licht-lindert-Demenz-und-Depressionen-im-Pflegeheim-Fragliche-Effizienz-einer-Melatonintherapie>

Zugriff: 21.08.2014 19:27

<http://www.klangmassage-iek.de/startseite/34-start/73-klangmassage-fuer-menschen-mit-demenz.html>

Zugriff: 21.08.2014 19:27

<http://www.peter-hess-institut.de/peter-hess-klangmassage/erfahrungsberichte-%C3%BCbersicht/6->

[erfahrungsberichte-klangmassage-phi/74-klangmassage-als-klang-entspannung-bei-an-demenz-erkrankten-menschen.html](http://www.erfahrungsberichte-klangmassage-phi/74-klangmassage-als-klang-entspannung-bei-an-demenz-erkrankten-menschen.html)

Zugriff: 21.08.2014 19:29

<http://www.heilpraktiker-gunzenhausen.de/Klangtherapie.html>

Zugriff: 21.08.2014 19:35

<http://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer-krankheit/aktuelles.htm?showid=2820>

Zugriff: 21.08.2014 19:44

<http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/alzheimer-forschung-mit-der-licht-pumpe-gegen-die-demenz-11590464.html>

Zugriff: 21.08.2014 19:45

<http://www.sartory.pro/aspekte-der-sicherheit.html>

Zugriff: 27.08.2014 11:00

http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/NW/Veronika_Zurmuehlen_De_Hogeweyk_Das_Demenzdorf_.pdf

Zugriff: 27.08.2014 11:30

<https://www.cee.siemens.com/web/austria/de/industry/bt/systeme/gebäudeautomation/Pages/gebäudeautomation.aspx>

Zugriff: 27.08.2014 12:07

<http://www.ekey.net/gebäudeautomation>

Zugriff: 27.08.2014 12:07

<http://www.faz.net/aktuell/politik/gender-mainstreaming-der-kleine-unterschied-1329701.html>

Zugriff: 27.08.2014 13:23

<http://www.univie.ac.at/archiv/rg/15.htm>

Zugriff: 27.08.2014 14:22

<http://www.netdokter.at/krankheit/demenz-7534>

Zugriff: 17.09.2014 12:50

<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/alzheimer.html>

Zugriff: 17.09.2014 12:50

19. INTERVIEWS

Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 12.06.2014

Stationärer Pflegebediensteter, Wien, 27.06.2014

Bewohnerin Demenz-WG, Wien, 27.06.2014

Hr. Human Vahdani (MBA), Wien, 27.06.2014

Dr. Rudolf Burg, Kirchstetten, 04.08.2014

Ehem. Altenpflegerin, Wien, 28.08.2014

20. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abb. 1 (Seite 2) Urs Leuthold, d. G. (2009). *Gestaltung von Innenräumen für Demenzkranke - Empfehlungen für Institutionen und Baufachleute*. Bern: Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern, Seite 16
- Abb. 2 (Seite 7) http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_vortrag_2009_1.pdf.pdf
Zugriff: 04.09.2014 13:58
- Abb. 3 (Seite 9) Schipfer, R. K. (2005). Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich - Auswirkungen auf Regionen und Kommunen. *Österreichisches Institut für Familienforschung* (5), Seite 4
- Abb. 4 (Seite 11) <http://www.google.at/imgres?imgurl=&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.vgdi-deutschland.de%2Fkontakt.html&h=0&w=0&tbnid=-PmJB2akKqA8-M&zoom=1&tbnh=172&tbnw=293&docid=dFJ45aNYtckbJM&tbn=isch&client=firefox-a&ei=i18IVleHN8i8ygPevoK4CQ&ved=0CAUQsCUoAQ>
Zugriff: 04.09.2014 14:48
- Abb. 5 (Seite 12) <http://www.welt.de/gesundheit/article112647639/Demenz-kuendigt-sich-mit-Riechstoeerungen-an.html>
Zugriff: 31.03.2014 19:28
- Abb. 6 (Seite 14) <http://www.gerontopsychologie.at/demenz-alzheimer.php>
Zugriff: 31.03.2014 19:24
- Abb. 7 (Seite 15) http://imaging.flabsweb.net/images/2008021011510002_Klavier_01_resize.jpg
Zugriff: 04.09.2014 15:00
- Abb. 8 (Seite 16) http://www.im-hochfeld.de/Bilder/siechenhaus_1940.jpg
Zugriff: 04.09.2014 15:08
- Abb. 9 (Seite 20) <http://www.1133.at/files/Bilder/Personen/Burjan/00000008296.jpg>
Zugriff: 04.09.2014 15:53
- Abb. 10 (Seite 20) http://www.taz.de/uploads/images/684x342/pflege_hilf.20110412-11.jpg
Zugriff: 18.09.2014 13:39
- Abb. 11 (Seite 25) <http://www.sectiona.at/developing.php?id=355&lang=de>
Zugriff: 15.09.2014 15:19
- Abb. 12 – Abb.15 (Seite 26 – 29) Photo von Schuöcker Tamara
- Abb. 16 (Seite 33) Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (November 2009). Hochaltrigkeit in Österreich - Eine Bestandsaufnahme. *Grundsatzabteilung für Seniorinnen- und Senioren-, Bevölkerungs- und Freiwilligenpolitik Abteilung V/6*, Seite 164
- Abb. 17 (Seite 34) Urs Leuthold, d. G. (2009). *Gestaltung von Innenräumen für Demenzkranke - Empfehlungen für Institutionen und Baufachleute*. Bern: Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern, Seite 24
- Abb. 18 (Seite 35) http://convention.eurac.edu/NR/rdonlyres/92C4A0F2-4482-4986-96E9-98743E56C24F/22338/Marquardt_Gesine.pdf
Zugriff: 04.09.2014 14:05
- Abb. 19 (Seite 35) http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_vortrag_2009_1.pdf.pdf
Zugriff: 04.09.2014 13:58

- Abb. 20 (Seite 37) http://convention.eurac.edu/NR/rdonlyres/92C4A0F2-4482-4986-96E9-98743E56C24F/22338/Marquardt_Gesine.pdf
Zugriff: 04.09.2014 14:05
- Abb. 21 (Seite 39) <http://www.klangmassage-iek.de/startseite/34-start/73-klangmassage-fuer-menschen-mit-demenz.html>
Zugriff: 21.08.2014 19:40
- Abb. 22 (Seite 40) Heeg, S., & al., K. G. (2010). DESSorientiert - Licht und Demenz. *Demenz Support Stuttgart gGmbH*, Seite 19
- Abb. 23 (Seite 41) <http://media0.faz.net/ppmedia/aktuell/feuilleton/1086759175/1.1745706/width610x580/die-sinne-sind-der-schluesel-zur-erinnerung-diese-fuehlwand-laesst-die-patienten-in-muenchen-pasing-innehalten-bevor-sie-bis-zur-voelligen-erschoepfung-herumlaufen.jpg>
Zugriff: 27.05.2014 15:27
- Abb. 24 (Seite 42) <http://www.sectiona.at/developing.php?id=355&lang=de>
Zugriff: 16.05.2014 17:03
- Abb. 25 (Seite 42) <http://www.sectiona.at/developing.php?id=355&lang=de>
Zugriff: 15.09.2014 15:19
- Abb. 26 (Seite 44) Statistik Austria, Wohnsituation der Bevölkerung - Ergebnisse der Volks-, Gebäude- und Wohnungszählung 2001, Wien, 2006, Seite 63
- Abb. 27 (Seite 46) <http://www.badische-zeitung.de/herbolzheim/herbolzheim-bekommt-pflegeheim-fuer-demente--59264280.html>
Zugriff: 18.09.2014 18:10
- Abb. 28 (Seite 49) http://www.drk-ovp.de/tl_files/drk-mach-mit/bilder/pflege/demenz-wg/demenz-wg-3.jpg
Zugriff: 18.09.2014 18:33
- Abb. 29 (Seite 50) Mindmapping von Schuöcker Tamara
- Abb. 30 (Seite 51) http://convention.eurac.edu/NR/rdonlyres/92C4A0F2-4482-4986-96E9-98743E56C24F/22338/Marquardt_Gesine.pdf
Zugriff: 27.05.2014 14:55
- Abb. 31 (Seite 52) <http://www.g-steinbeisser.de/images/keuco-bf-bad.jpg>
Zugriff: 19.09.2014 11:50
- Abb. 32 – Abb. 36
Seite 53 – 54 http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_vortrag_2009_1.pdf.pdf
Zugriff: 21.03.2013 18:20
- Abb. 37 – Abb. 44
Seite 56 – 57 http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/NW/Veronika_Zurmuehlen_De_Hogeweyk_Das_Demenzdorf_.pdf
Zugriff: 27.08.2014 11:30
- Abb. 45 – Abb. 57
Seite 58 – 61 Photo von Schuöcker Tamara
- Abb. 58 – Abb. 60
Seite 62 – 63 Skizze von Schuöcker Tamara
- Abb. 61 (Seite 65) <http://www.gendercompetence.net/wDeutsch/gender-kompetenz/Raumplanung.php>
Zugriff: 19.08.2014 16:58

- Abb. 62 (Seite 66) <http://www.stadtmuseum-ibbenbueren.de/grafik-trauungen/P1080159-damenzimmer-700.jpg>
Zugriff: 19.08.2014 17:05
- Abb. 63 (Seite 66) <http://www.stadtmuseum-ibbenbueren.de/stadtmuseum-aktuelles-archiv-september-dezember-2010.htm>
Zugriff: 19.08.2014 17:05
- Abb. 64 (Seite 69) <http://www.demenz-support.de/Repository/fundus-vortrag-2009-1.pdf.pdf>
Zugriff: 04.09.2014 13:58
- Abb. 65 (Seite 70) https://www.google.at/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&docid=Fb5LdyLUDdVwyM&tbnid=mZG6SfLZsxpjGM:&ved=0CAcQjRw&url=http%3A%2F%2Fwww.futurebytes.ch%2Fnicht-alltaeglich-futurebytes%2Fder-kunstliche-altenpfleger-riken-ri-man%2F2554%2F&ei=HkocVMeREYGCzAPJwYHgDA&bvm=bv.75774317,d.bGQ&psig=AFQjCNG3s_Ne303s3kylSzHG9vJ08BrblQ&ust=1411226428650985
Zugriff: 19.08.2014 17:21
- Abb. 66 (Seite 71) http://vivago.studio.crasman.fi/pub/web/Nettisivut+2013/Tuotekuvat/CARE-8000-Fuchsia_iso2_web_01.png
Zugriff: 19.08.2014 17:34
- Abb. 67 (Seite 73) <http://www.demenz-support.de/Repository/fundus-vortrag-2009-1.pdf.pdf>
Zugriff: 04.09.2014 13:58